

L'ALLAITEMENT MATERNEL

SERVICE MATERNITÉ



CLINQUES DE L'EUROPE
EUROPA ZIEKENHUIZEN



www.cliniquesdeleurope.be

SITE STE-ELISABETH

SITE ST-MICHEL



1 Avant-propos	3
2 Le choix de l'alimentation	4
3 La motivation	5
4 L'anatomie du sein	7
5 Le rôle de la fonction hormonale	9
5.1 L'ocytocine	9
5.2 La prolactine	9
6 Les différents stades de la production de lait	11
6.1 La mammogénèse	11
6.2 La lactogénèse	11
6.3 La galactopoïèse	12
6.4 L'involution	12
7 Le mécanisme responsable de la production de lait	13
8 Préparations conseillées en cas d'allaitement maternel	14
8.1 La préparation mentale	14
8.2 La préparation physique	14
8.3 Récolter des informations	14
9 L'allaitement maternel en pratique	15
9.1 Quand commencer ?	15
9.2 Soins requis ?	15
9.3 Comment nourrir ? La mise au sein et la préhension de l'enfant	16
9.4 Quand nourrir ? Quelle durée respecter ? A quelle fréquence allaiter ?	22
9.5 Comment contrôler si l'enfant adopte une position correcte au sein ? Comment vérifier s'il absorbe des quantités suffisantes de lait maternel ?	25
9.6 Moyens pour éveiller un nouveau-né	28
9.7 Méthodes pour éveiller le réflexe d'éjection	30
10 L'influence de l'alimentation de la maman	33
10.1 En général	33
10.2 Les besoins calorifiques d'une maman en période de lactation	36
10.3 Pertes pondérales	36
10.4 Le sport et l'exercice physique	36
10.5 L'allaitement maternel et ostéoporose	37
10.6 L'allaitement maternel et produits polluants	37

11 Les selles d'un enfant allaité	38
12 Périodes difficiles en cours d'allaitement	39
12.1 La congestion mammaire	39
12.2 L'occlusion d'un canal lactifère ou la mastite	41
12.3 Les crevasses	45
13 L'utilisation du tire-lait	48
13.1 Choisir une bonne méthode pour tirer son lait	48
13.2 Les principes de base pour tirer son lait	51
13.3 Méthodes de tire-lait en fonction des différentes circonstances	57
14 La conservation et la manipulation du lait maternel en toute sécurité	63
14.1 Combien de temps le lait maternel peut-il être conservé ?	63
14.2 Le choix et la méthode utilisée pour conserver le lait maternel	64
14.3 Manipuler et décongeler le lait maternel	65
15 Les pleurs de bébé	67
16 La réduction progressive et l'arrêt de l'allaitement maternel	68
17 Les groupes de soutien maternel et autres réseaux de soutien et leur fonction	70
17.1 La Leche League	70
17.2 ASBL Allaitement maternel	71
17.3 Infor-allaitement	71
17.4 BCT (Brussels Childbirth Trust)	72
18 Sites internet sur l'allaitement maternel	74

1. AVANT-PROPOS

Chers parents,

Tout d'abord nous vous félicitons pour la naissance de votre bébé ! Dès le début de cette nouvelle vie, vous avez choisi le meilleur pour lui, c'est-à-dire l'allaitement maternel.

L'expérience et la recherche pour accompagner les parents le mieux possible dès le début de l'allaitement nous ont permis d'élaborer cette brochure d'information.

Nous souhaitons, à l'aide de cet outil, vous fournir une réponse aux multiples questions concernant l'allaitement maternel.

Afin de mieux accompagner les parents, nous organisons également des séances d'information prénatales. Une soirée est dédiée à l'alimentation d'un nourrisson. Par ailleurs, nous tenons à accompagner les parents de façon individuelle en salle d'accouchement et en maternité afin de favoriser un démarrage aisé. Après votre séjour en maternité, une sage-femme indépendante ou une lactologue peut vous suivre à domicile.

Nous espérons vous être utile, à l'aide de cette brochure, avant, pendant et après la naissance de votre bébé.

Nous nous tenons à votre disposition en permanence pour vous aider lors de l'allaitement maternel : n'hésitez pas à nous demander de l'aide ou un conseil.

*L'équipe médicale et l'équipe de sage-femmes de la maternité
et de la salle d'accouchement des Cliniques de l'Europe.*

2. LE CHOIX DE L'ALIMENTATION

- Est très personnel
- Il faut suivre ses propres intuitions
- Ne laissez pas votre entourage influencer votre décision
- Faites le choix en connaissance de cause, après avoir recueilli des informations correctes et fiables



3. LA MOTIVATION

QUELS SONT LES AVANTAGES INHÉRENTS À L'ALLAITEMENT MATERNEL ?

Avantages pour le nouveau-né

- L'allaitement maternel est tout à fait adapté aux besoins du nourrisson. La composition du lait maternel varie tout au long de l'allaitement et au fur et à mesure de l'évolution de votre enfant.
- Le lait maternel est mieux toléré par les nourrissons. Il est très digeste.
- L'allaitement procure à l'enfant une protection passive et active contre les infections. La protection passive est fournie par le passage d'anticorps maternels. Ces anticorps sont transportés par le lait maternel et procurent une protection à l'enfant. Le lait maternel possède également une protection active. Il stimule le système immunitaire de l'enfant à produire une réponse (une recherche scientifique indique qu'un enfant allaité produit davantage d'anticorps après vaccination. Il serait donc mieux protégé).
- Le lait maternel contient un microbe inoffensif, le «lactobacille bifidus». Ce microbe empêche la croissance de bactéries étrangères (le plus souvent pathogènes) au sein des intestins du nourrisson.
- Le premier lait ou colostrum possède un produit qui stimule les intestins et favorise ainsi les premières selles. Les premières selles, appelé méconium, sont un restant de la vie intra-utérine. Le méconium est un déchet sanguin. Lorsque le méconium reste trop longtemps dans les intestins, il y a un risque accru que les intestins permettent une réabsorption de ces déchets sanguins. L'accumulation de ces déchets sanguins dans la circulation du bébé peut provoquer un ictère chez l'enfant. Conclusion : le colostrum prévient des taux trop élevés de bilirubine (qui provoque la jaunisse ou ictère chez l'enfant).
- L'allaitement maternel prévient les allergies. Lors d'un risque possible d'intolérance au lait de vache chez l'enfant, il est conseillé que la maman élimine tout apport de lait dans sa propre alimentation.
- L'allaitement maternel favorise chez l'enfant le développement des sens tel que le toucher, l'odorat, le goût. Il améliore aussi le développement des muscles maxillaires, des maxillaires proprement dit, de la langue et de la dentition.
- Des études récentes mentionnent que l'allaitement maternel a une fonction biologique : il permet une meilleure croissance des cellules nerveuses et des cellules cérébrales.
- Les enfants nourris au sein, possèdent généralement une courbe staturo-pondérale équilibrée.
- De plus, la mise au sein enrichit la relation profonde et intense entre la mère et l'enfant.

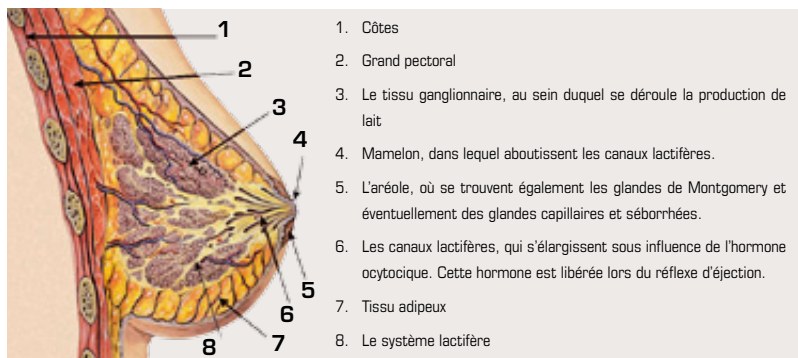
L'impact sur la mère

- Le lait maternel est toujours à disposition et à température appropriée.
- L'allaitement permet un gain de temps relatif : on ne doit pas préparer de biberons, ni les nettoyer, ni les stériliser. Par contre, l'allaitement requiert davantage de temps que de donner un biberon.
- Une fois que l'allaitement est bien mis en route et se déroule de façon aisée, c'est une occupation très agréable et apaisante.
- Le contact intense entre la mère et l'enfant joue un grand rôle.
- La matrice récupère plus vite.
- L'allaitement demande par contre plus d'énergie : une maman qui allaite doit se reposer davantage et adopter un régime équilibré. La consommation calorifique est plus importante lors d'un allaitement et permet aux mères allaitantes de perdre plus rapidement le surpoids.
- L'allaitement maternel est bon marché, fournit une meilleure prévention contre les maladies (donc moins de coûts de médecins et pharmaciens). Il permet de respecter l'environnement (il y a moins d'emballages jetés).



4. L'ANATOMIE DU SEIN

Figure 1: L'anatomie du sein



Pour avoir un meilleur aperçu du fonctionnement du sein et comprendre la production de lait, il est essentiel d'avoir quelques notions de l'anatomie.

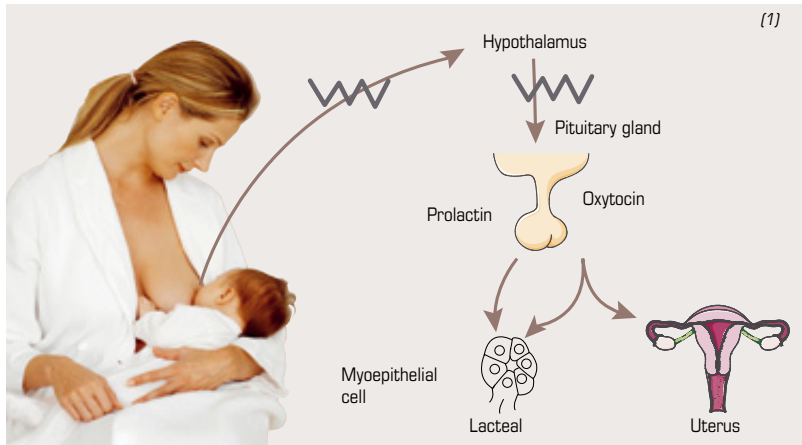
- Le sein peut s'étendre vers le creux axillaire d'une part et vers la ligne médiane et le diaphragme d'autre part. Le sein lui-même est fixé au grand pectoral. Le grand pectoral se situe dans le tissu sous-jacent au sein, non, pas à l'intérieur du sein. Le sein est un ganglion sécrétoire.
- La forme et la taille du sein dépend principalement de la présence de **tissu adipeux** (tissu graisseux). La taille du sein n'intervient donc pas dans la production de lait.
- A l'intérieur du sein se trouve un fin réseau de **voies sanguines et lymphatiques**. Ces réseaux sont juxtaposés aux alvéoles ganglionnaires et sont responsables de la circulation à l'intérieur du sein. Ils permettent l'apport des produits nécessaires à la production du lait. Ils sont également responsables de l'évacuation des produits de déchets.
- Un deuxième grand réseau est composé des **tissus ganglionnaires** et **canaux lactifères**. Chaque femme possède environ 15 à 20 lobes ganglionnaires par sein. Chaque lobe est à son tour composé de 20 à 40 lobules, ou petits canaux lactifères. Ces canaux sont accompagnés de petits îlots ganglionnaires, composés de 10 à 100 alvéoles.
- La synthèse du lait se fait au sein de ces embranchements, les alvéoles. Cette production se fait sous influence hormonale. Le lait formé est transporté par un réseau qui débouche dans les grands canaux lactifères au sein de l'aréole. Tout autour des canaux lactifères se trouve des fibres myo-épithéliales. Ces fibres exercent une fonction musculaire. C'est à nouveau les hormones

qui incitent les fibres à la contraction et permettent ainsi au lait d'être éjecté (réflexe d'éjection).

- Les canaux lactifères se déversent à hauteur du mamelon. L'aréole entoure le mamelon. **Le mamelon et l'aréole** sont fortement innervés et par conséquent très sensibles. La sensibilité est comparable à celle des lèvres (Cf. ce qu'on applique : de la graisse !). Le mamelon et l'aréole deviennent plus foncés pendant la grossesse. Parfois le mamelon et l'aréole augmentent en taille en période de gestation. Les **glandes de Montgomery** permettent la purification du mamelon et de l'aréole. Un rinçage quotidien à l'eau tiède est amplement suffisant pour assurer l'hygiène du mamelon et de l'aréole. Les glandes de Montgomery assurent la fonction désinfectante et la production séborrhée.
- La fermeté du sein est déterminée par le tissu conjonctif. Le **tissu conjonctif** devient moins ferme avec l'âge. L'allaitement maternel n'est pas responsable de la diminution de fermeté.
- Les **nerfs et les voies nerveuses** déterminent la sensibilité du sein et permettent la transmission de stimuli démarrant du sein, de l'aréole ou du mamelon.
- La plupart des femmes ont au moins un ou plusieurs petits **capillaires** autour du mamelon ou de l'aréole. Des **glandes séborrhées** peuvent également se trouver à hauteur de l'aréole.

5. LE RÔLE DE LA FONCTION HORMONALE

Pour obtenir une production de lait maternel, il est nécessaire d'avoir un stimulus hormonal. Deux hormones jouent un rôle essentiel, il s'agit de l'**ocytocine** et de la **prolactine**.



La fonction hormonale du corps. (source: Breastfeeding and Human Lactation, Third Edition, J. Riordan)

5.1 L'OCYTOCINE

L'ocytocine est sécrétée par la glande pituitaire (hypophyse) et est responsable des contractions utérines lors d'un orgasme, mais également pendant et après l'accouchement. Pendant les tétées l'ocytocine agit sur les petites fibres musculaires qui entourent les alvéoles. L'ocytocine engendre, de part les contractions qu'elle suscite, des mouvements au niveau des canaux lactifères (éjection du lait = réflexe d'éjection et ou de sécrétion). L'ocytocine stimule les vaisseaux sanguins (augmentation de la circulation). Cette hormone est fortement influencée par les émotions : les émotions positives améliorent le réflexe d'éjection. Et par opposition les émotions négatives peuvent le gêner. Même sans stimulation par la succion de l'enfant le réflexe d'éjection peut se manifester. (ex. entendre un enfant pleurer, penser à son enfant, ...).

5.2 LA PROLACTINE

- La prolactine est libérée par le lobe antérieur de l'hypophyse. Elle survient quand on stimule le mamelon.
- La prolactine agit au niveau des alvéoles ganglionnaires et des canaux lactifères. Elle permet la sécrétion de lait.

1. La glande pituitaire : hypophyse (petit appendice au niveau du cerveau) : est composé d'un lobe antérieur et d'un lobe postérieur. Utérus = matrice. Lactéal : cellules produisant du lait au niveau du sein.

- La prolactine est inhibée par les hormones de grossesse. Après la délivrance (naissance du placenta), la prolactine entre en jeu. Elle engendre le début de la lactation. Les taux sanguins de prolactine augmentent au fur et à mesure. Lors d'une mise au sein régulière de l'enfant, les taux de prolactine atteignent leur maximum entre le troisième et le cinquième jour après l'accouchement. Après deux jours, la situation se stabilise, on obtient un taux de base de prolactine dans le sang. La quantité de prolactine varie tout au long de la journée et en fonction des mises au sein. La production de prolactine suit un rythme circadien : il y a un taux plus important de prolactine dans le sang la nuit (et pendant les autres périodes de sommeil).
- La théorie des récepteurs de prolactine
Des recherches scientifiques ont mis en évidence que, pendant les premiers jours de lactation, la formation de récepteurs de prolactine au niveau du tissu mammaire découlait de chaque pic de prolactine (donc lors de chaque mise au sein). Plus il y a de récepteurs de prolactine présents, plus la prolactine peut être fixée au niveau du sein et plus la production de lait sera importante tout au long de la durée de l'allaitement. C'est hypothèse explique l'importance de mise au sein fréquente pendant les premières 72 heures (8 à 12 tétées par 24h sont parfaitement acceptables !). Par la suite, le taux de récepteurs de prolactine reste constant.
- Cette théorie fournit également une explication au fait que des mamans multipares² possèdent davantage de récepteurs (les récepteurs des lactations précédentes + les récepteurs créés lors de la lactation actuelle). On peut ainsi comprendre pourquoi les nouveau-nés de maman multipare² allaitante, regagne plus vite du poids par comparaison aux enfants dont les mamans nourrissent pour la première fois.

2. Multipare = maman qui a déjà eu un ou plusieurs enfants.



6. LES DIFFÉRENTS STADES DE LA PRODUCTION DE LAIT

La production se déroule selon différentes phases de développement tout au long de notre vie. Le sein est un organe très différent des autres organes du corps humain. Aucun autre organe ne subit de telles modifications de taille, de forme et de fonction au cours d'une vie (dès la naissance, à travers la puberté, la grossesse et la lactation).

6.1 LA MAMMOGÉNÈSE

- Le développement mammaire commence de façon très précoce, au cours de la 4^e semaine de grossesse. La disposition et le développement mammaire sont identiques chez les petits garçons et les petites filles, jusqu'à la puberté. Ceci explique que l'apparition du phénomène «lait de sorcière³» peut survenir tant chez les petites filles que chez les petits garçons.
- Sous influence des oestrogènes et vraisemblablement de l'hormone de croissance, les seins d'une fille vont s'amplifier et l'aréole va devenir proéminente. Les seins d'un garçon ne subissent aucune modification pendant la puberté.
- La progestérone engendre l'extension des canaux lactifères et du tissu ganglionnaire jusqu'à 18 ou 19 ans.
- Jusqu'à l'âge de 30 ans, il y a un accroissement mensuel du tissu ganglionnaire mammaire à l'approche des règles et un décroissement après. Mais le décroissement est moins important. La croissance naturelle suit son cours.
- 18 mois après l'apparition des premières règles, on est apte à donner le sein.
- Une réaction immédiate est perceptible au niveau des seins dès l'apparition de la grossesse. Cette réaction est parfois préalable à l'absence de règles. Le tissu ganglionnaire continue à croître jusqu'en fin de grossesse.

6.2 LA LACTOGÉNÈSE

Le terme lactogénèse désigne le passage de la grossesse à la lactation. La lactogénèse se déroule en deux stades : la lactogénèse I et la lactogénèse II.

La lactogénèse I : à partir de la deuxième moitié de la grossesse jusqu'au 21^e jour post-partum

- La production de lait commence dès la deuxième moitié de la grossesse.
- La production de colostrum : c'est un nutriment, riche en hydrates de carbone, sels minéraux, anticorps... Le colostrum est produit en quantité réduite mais est un nutriment à part entière lors des premiers jours de vie de votre enfant.
- Hormonodépendante.

3. Le lait de sorcière : sécrétion de lait au niveau des seins d'un nouveau-né aux alentours du 3^e jour. Ceci est dû au contact de sang maternel et fœtal lors de l'accouchement, des hormones maternelles peuvent ainsi se mélanger au sang fœtal. Ces hormones disparaissent de façon spontanée après quelques jours.

La lactogénèse II : à partir du 3^e jour et jusqu'au 8^e jour post-partum

- Début d'une quantité importante de sécrétion de lait maternel.
- Lait de transition avant l'apparition de lait maternel mature.
- Les seins sont pleins et chauds.
- Transition d'un fonctionnement hormono-dépendant vers une fonction auto-crine (dépendant du degré de vidage du sein).

6.3 LA GALACTOPOÏÈSE

Dès le 9^e jour post-partum et jusqu'au début de l'involution

- Lait maternel mature.
- **Fonctionnement autocrine** : système d'offre et demande. Plus une maman allaite, plus il y aura de lait. Le retrait de lait du sein, engendre une nouvelle production de lait. Par opposition le fait de ne pas retirer de lait du sein engendrera une diminution de production de lait. C'est la quantité et qualité de succion du nourrisson - donc le degré de vidage du sein - qui sera responsable de la production de lait. La quantité de lait produit, reflète davantage l'appétit de votre enfant que la capacité de la maman à fournir du lait à ce moment précis.
- L'amplitude du sein diminue entre le 6^e et le 9^e mois post-partum. Ce phénomène n'influence pas la production de lait.

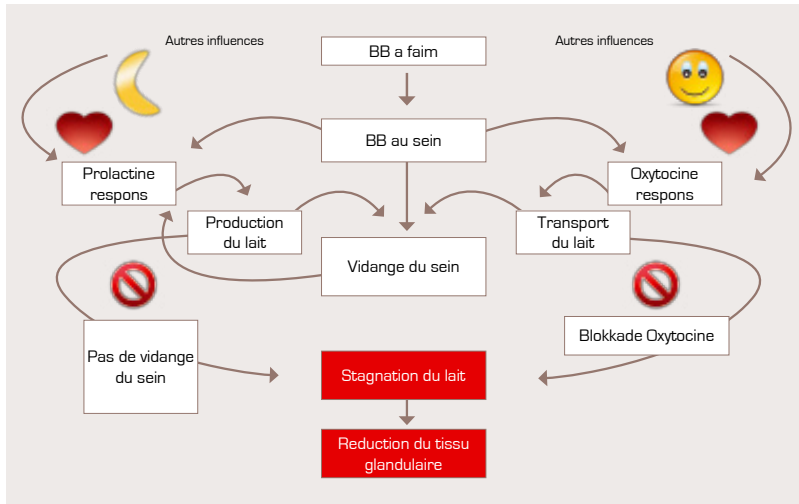
6.4 L'INVOLUTION

- **Environ 40 jours après la dernière mise au sein.**
- Due à l'augmentation des suppléments proposés.

7. LE MÉCANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE LAIT

Il est important de savoir que la mise au sein d'un nourrisson stimule la libération de **prolactine** et d'**ocytocine**. Dès lors la production de lait peut commencer.

La production de lait peut avoir lieu directement après la mise au sein ou quelques minutes après. La rapidité de la réponse dépend de la technique de succion de l'enfant, la mise au sein correcte et la réponse de la mère à ce stimulus.



L'enfant boira rapidement «le précurseur du lait», présent dans les canaux lactifères et les alvéoles. Ce précurseur est composé principalement d'eau, de sels minéraux et d'anticorps (ceci constitue environ 1/3 de la tétée). Après réponse immunitaire le lait est formé et excrété (réflexe d'éjection). A ce moment, on entendra de façon distincte déglutir l'enfant. Le pic de prolactine étant atteint, il persistera pendant environ 45 minutes. La production de lait se fait suivant différents stades. La composition du lait varie à chaque fois. Au début on distinguera surtout la production de sucres, ensuite de protéines et en fin de lactation une majorité de graisses. Plus un enfant boit, plus le pourcentage de graisses sera important. (graisses = énergie = croissance et développement cérébral) D'où l'importance, dès l'apparition de la congestion, de laisser l'enfant lui-même déterminer la durée de tétée à un sein. On assurera, de cette manière, un apport suffisant de graisses. Lorsque l'enfant a lâché un sein, on vous conseille de lui laisser un petit laps de temps pour effectuer son renvoi. Par la suite, on peut lui proposer le deuxième sein. Selon l'appétit de votre enfant il tétera un peu, beaucoup ou pas du tout au deuxième sein. Lors de la prochaine mise au sein, commencer par le sein auquel le bébé n'a pas bu ou celui avec lequel vous avez terminé (si vous avez proposé les deux seins).

8. PRÉPARATIONS CONSEILLÉES EN CAS D'ALLAITEMENT MATERNEL

8.1 LA PRÉPARATION MENTALE

La préparation psychique est d'importance capitale : il faut être motivée, avoir envie d'allaiter. Il faut être convaincu qu'en principe tout femme est capable d'allaiter.

Etant donné que la première phase de l'allaitement nécessite certaines manipulations, il est important découvrir et toucher vos sein dès à présent afin d'en connaître l'anatomie.

8.2 LA PRÉPARATION PHYSIQUE

- Une alimentation adaptée et équilibrée joue un rôle essentiel. Veillez à consommer l'alcool, les sucres et les graisses de façon modérée. Evitez la nicotine.
- La préparation des mamelons
 - Est totalement superflue et même à éviter!
 - Le colostrum est produit pendant le dernier trimestre de la grossesse. Certaines femmes ont déjà des «fuites» en fin de grossesse ou en cas d'excitation sexuelle. Il n'est pas nécessaire dans ce cas de faire quoi que ce soit (ne jamais tirer son lait, cela peut susciter des contractions prématurées!),
 - L'apparence du mamelon quand l'enfant ne tète pas au sein, a peu d'importance. La façon dont le mamelon est formé à l'intérieur de la bouche, est déterminante. Il n'est pas nécessaire que le mamelon soit proéminent quand il ne se trouve pas à l'intérieur de l'enfant. En cas de mamelons ombiliqués, les exercices prénataux du mamelon ont peu de répercussions sur sa forme.
- La meilleure préparation consiste à **ne rien faire**.

8.3 RÉCOLTER DES INFORMATIONS

- Les groupes de soutien :
la leche league, Infor-allaitement,...⁴
- Cours prénataux au sujet de l'allaitement maternel.
- Livres, vidéos ou DVD au sujet de l'allaitement maternel.
- Discuter avec des mamans ayant déjà eu une ou plusieurs expériences positives d'allaitement.

**Devenir mère signifie tout un processus d'apprentissage
et le meilleur maître est son propre enfant**

4. voir page 70 et suivantes

9. L'ALLAITEMENT MATERNEL EN PRATIQUE

9.1 QUAND COMMENCER ?

- Le plus rapidement possible. De préférence endéans l'heure après l'accouchement, si l'état de la mère et de l'enfant le permettent.
- Raisons pour favoriser une mise au sein précoce :
 - La succion au sein stimule les contractions utérines. Ceci permet de diminuer les risques d'hémorragies après l'accouchement,
 - Juste après l'accouchement le nouveau-né est souvent très éveillé et réactif : son réflexe de succion est majoré,
 - Une mise au sein rapide favorise la stimulation de prolactine,
 - Si le nourrisson est parvenu à prendre le sein correctement la première fois, il apprendra plus rapidement la bonne technique.

9.2 SOINS REQUIS ?

- Se limitent à une hygiène corporelle correcte
 - L'hygiène des mains est essentielle!
 - Une hygiène normale et quotidienne, où le sein et l'aréole sont rincés à l'eau tiède, est suffisante,
 - Les glandes de Montgomery permettent d'assouplir et assainir le mamelon et l'aréole. L'utilisation de crème, savon et produits désinfectants peuvent nuire au fonctionnement des glandes de Montgomery. La peau peut dessécher ou être endommagée et ainsi favoriser l'apparition de crevasses,
- En cas de mamelons plats ou ombiliqués, on peut, avant la mise au sein, masser les mamelons avec le pouce et l'index (le faire rouler sous ses doigts) afin de favoriser l'érection du mamelon,
- A la fin de la tétée, on enlève l'enfant du sein après introduction du petit doigt au niveau de la commissure de la lèvre de l'enfant, (ceci permet de supprimer l'effet de vide, engendré par la succion).
 - Toujours sécher le sein délicatement : une peau chaude et humide est plus sensible aux infections et favorise les dommages tissulaires,
 - Eventuellement exprimer un peu de lait maternel du sein et masser le mamelon et l'aréole (le lait a un effet protecteur et cicatrisant),
 - Laisser le sein à l'air,
 - En cas de «fuites», couvrir les seins de compresses d'allaitement. Ces compresses doivent être remplacées régulièrement ; veillez à ne pas maintenir un milieu humide,

- Traiter les mamelons sensibles ou les petites crevasses à l'aide de pommades grasses, ex. Lansinoh® ou Purelan®. Ces deux pommades contiennent de la graisse de laine doublement purifiée. La graisse de laine permet de protéger la plaie de l'air ambiant et permet une cicatrisation interne. Elles contiennent pas ou peu de liquide, l'humidité favorisant la fragilité de la peau,
- La graisse de laine doublement purifiée n'est pas nuisible pour l'enfant et ne doit pas être retirée lors d'une prochaine mise au sein. Traitement : après chaque mise au sein, appliquer une noisette de pommade sur le mamelon et l'aréole et masser jusqu'à pénétration du produit. Une autre alternative pour les personnes allergiques à la lanoline est l'huile de Déméter®. Cette huile est fortement aromatisée.



9.3 COMMENT NOURRIR ? LA MISE AU SEIN ET LA PRÉHENSION DE L'ENFANT

Pendant les deux premières semaines de votre allaitement essayez d'être très attentive à la position d'allaitement et la façon dont vous mettez l'enfant au sein. Après la période d'apprentissage, il n'est plus nécessaire d'y prêter une attention particulière, à moins qu'un problème ne surgisse. Une bonne mise au sein peut éviter l'apparition de mamelons sensibles et favoriser un meilleur apport de lait.

La mère et l'enfant sont tout deux, des partenaires actifs lors de l'alimentation maternelle (comparable à la danse, où les partenaires réagissent en parfaite harmonie, mais cela nécessite de la pratique). Le processus d'allaitement maternel est influencé tant par la mère que par l'enfant durant les premières semaines. Certains nourrissons prennent bien le mamelon dès la naissance et têtent facilement, d'autres requièrent plus d'aide et de pratique. Avec le temps, l'exercice, la patience, la maman parviendra à apprendre à son enfant à téter de façon correcte.

La position de la maman

a) La position d'allaitement assise

Au début, la maman passe plusieurs heures par jour à allaiter. Voici quelques consignes pour allaiter de façon confortable :

- La position assise est plus aisée quand la mère s'assied à angle droit dans une chaise qui possède des accoudoirs. La chaise doit procurer un bon appui dorsal (un fauteuil avec des coussins est moins confortable).
- Utilisez de préférence une chaise basse, qui permet une pose des pieds à plat au sol (vieux fauteuils des grands-parents). Les genoux doivent être légèrement surélevés. Utilisez un petit tabouret, une table basse (ou la boîte rose! = hauteur idéale) pour placer vos pieds si la chaise est trop haute.
- Privilégiez une position d'allaitement où l'enfant se trouve à proximité de votre sein. Il est important que vous soyez détendue et que les muscles ne soient pas surchargés.
- Procurez-vous autant de coussins, de couvertures enroulées ou autre moyens nécessaires pour votre confort. Il est impératif que vous soyez bien droite, que vous puissiez soutenir le poids de votre enfant. Veillez à placer l'enfant à hauteur du sein.
- La position assise dans le lit est souvent plus difficile à adopter. On est obligé de tendre les jambes ou de s'asseoir en tailleur. Si vous voulez allaiter en position assise au lit, utilisez un appui solide dans le dos et placez un coussin sous les genoux ou repliez une jambe.
- Les femmes ayant les seins un peu plus volumineux, peuvent les soutenir à l'aide d'un tétra enroulé ou d'un gant de toilette. Le fait de soulever suffisamment le sein permet une mise au sein plus aisée. Elle peut ainsi mieux vérifier la préhension de l'enfant et empêcher que le sein ne recouvre le nez du nourrisson.
- Recherchez vous-même votre position favorite.

b) L'allaitement en position couchée

- Lorsqu'une maman allaite en position couchée sur son côté, des coussins et autres moyens peuvent augmenter son confort.
 - Le coussin au niveau de la tête de la maman est souvent nécessaire,
 - Les coussins placés dans le dos de la maman, lui permettent de se pencher en arrière pour être soutenue,
 - Un coussin placé sous la cuisse peut également favoriser la détente de la maman.
- Le corps du nourrisson doit être complètement dirigé vers sa mère. Quand la maman est en position latérale, l'enfant doit donc à son tour être en position latérale «**ventre contre ventre**».
- L'allaitement en position latérale est plus facile pour les femmes ayant les seins volumineux ; les seins peuvent ainsi reposer sur le matelas.

Comment la maman tient-elle son enfant ?

- Amenez l'enfant au sein, non pas le sein à l'enfant.
- Maintenez le bébé le plus proche possible. Placez le face au sein, afin qu'il ne doive ni tourner la tête, ni tendre le cou pour atteindre le mamelon.
- L'oreille, les épaules et les hanches du nourrisson se trouvent dans la même ligne droite. La tête doit être légèrement basculée en arrière. Cette position lui permet de déglutir plus facilement sans tirer au sein.
- Le corps de l'enfant doit être soutenu, pour lui procurer un sentiment de sécurité.
- Juste avant la préhension, ou l'accrochage, la tête de l'enfant doit se situer à hauteur du mamelon ou juste un peu plus bas.

Positions d'allaitement fréquemment utilisées

a) La position de la madone

- C'est la position d'allaitement la plus utilisée.
- La mère est assise à angle droit. La tête de l'enfant repose sur son avant-bras. Le nourrisson se trouve en position latérale par rapport à elle (ventre contre ventre). On approche le nouveau-né le plus proche possible de soi. Le bras inférieur de l'enfant peut être placé sous le sein de la maman, sous le côté de l'enfant ou autour de la taille de la maman, en fonction de ce qui vous semble le plus pratique.
- Utilisez des coussins derrière le dos et les épaules. Veillez à mettre un coussin sous le coude utilisé pour tenir l'enfant. Placez également un coussin sur vos genoux pour soutenir le poids du nourrisson.
- Une hypotonie ou un réflexe d'éjection trop important peut provoquer des nausées ou des fausses déglutitions chez l'enfant. Dans ce cas veillez à placer sa tête et sa gorge un peu plus haute que le mamelon.



b) La position rugby

- La mère est en position assise. La tête de l'enfant est dirigée vers son sein. Le corps de l'enfant se trouve tout le long, sous le bras de la maman. Les fesses de l'enfant reposent sur un coussin à hauteur du coude de la maman. Le haut du dos de l'enfant repose sur l'avant-bras de la maman. La maman soutient le cou de l'enfant avec la main.
- Placez un coussin à hauteur des épaules. Positionnez des coussins à côté de vous pour amener l'enfant à hauteur du sein.
- La position rugby permet une meilleure visibilité et un meilleur contrôle de la tête de l'enfant. Cette position est à privilégier pour les mamans ayant des seins volumineux, ou des mamelons plats ou ombiliqués. Cette position semble intéressante en cas de césarienne (moins de pression à hauteur de la plaie). On la conseille également pour nourrir des nourrissons prématurés ou des enfants ayant un faible réflexe de succion (meilleure visibilité du visage de l'enfant, plus de contrôle sur la tête de l'enfant).



c) La position latérale (décubitus latéral)

- En position latérale, la mère et l'enfant se trouvent en décubitus face à face (ventre contre ventre). On rapproche les genoux du nouveau-né le plus possible de sa maman.
- On place des coussins sous la tête de la mère, dans le dos et sous la jambe supérieure.
- La maman se penche légèrement en arrière et prend appui sur les coussins.
- L'enfant appuie son dos contre l'avant-bras de la maman et on approche ses genoux le plus possible de vous. Parfois, il est nécessaire de mettre un essuie-tout ou tétin enroulé dans son dos, afin qu'il reste couché face à vous.
- La maman peut proposer les deux seins couchée sur le même côté. Certaines mamans préfèrent se tourner sur l'autre côté pendant que l'enfant est couché sur sa poitrine.
- La position latérale permet à la maman de se reposer, parfois même de dormir, tout en allaitant. Le décubitus est agréable pour les mamans qui ont subi une césarienne, il permet de ne pas exercer de pression sur la plaie.



La préhension ou l'accrochage Comment l'enfant va au sein ?

a) Soutenir les seins si nécessaire

- Pendant les premières semaines, la plupart des mamans remarquent qu'il est plus aisé d'allaiter en soutenant le sein. Elles préfèrent fournir un soutien pour accrocher l'enfant et tout au long de la tétée.
- On vous propose de prendre le sein en formant un C : le pouce est placé au dessus et les quatre autres doigts sous le sein. Le doigt doit être placé à une distance suffisante de l'aréole (surtout les doigts placés sous le sein). On peut comparer la pose des doigts à une baleine de soutien, le sein repose sur la paume de la main.
- La «prise cigarette» est déconseillée. Elle empêche l'enfant de prendre le sein assez loin, la quantité de tissu mammaire que l'enfant peut prendre est limitée. La pression exercée par les doigts inférieurs peut provoquer l'occlusion de canaux lactifères.
- Le mamelon-sandwich est une autre technique qui facilite la mise au sein pour certaines mamans.
 - Etape 1 : Utilisez d'abord la prise-C pour soutenir le sein. Placez vos doigts sous le sein et le pouce au-dessus. Le pouce et les autres doigts se situent à distance de l'aréole,
 - Etape 2 : Rapprochez délicatement le pouce de vos autres doigts. Par cette manipulation votre aréole adopte une forme ovale. Ceci permet de limiter la taille de la partie que l'enfant doit prendre,
 - Etape 3 : Effectuez ensuite une pression vers les côtes ou la cage thoracique. Ceci permet au mamelon de devenir encore plus proéminent, et facilite ainsi la préhension du mamelon par l'enfant,
 - Etape 4 : Pour terminer, exercez une pression plus forte avec votre pouce comparée aux autres doigts. Cette différence de pression permet de diriger le mamelon vers le haut du palais de l'enfant.
- Le soutien du sein, en dehors de la période d'apprentissage, s'avère nécessaire chez les personnes ayant des seins plus volumineux.

b) Encourager l'enfant à ouvrir la bouche largement

- Pour obtenir une bonne préhension, l'enfant doit ouvrir la bouche largement. Le sein doit être introduit profondément, à l'arrière de la bouche (le nouveau-né se trouve face au mamelon de sa mère).

Ouvert largement à quel point ?

A comparer au moment où l'enfant baille ou comme l'oisillon, qui attend l'asticot. Une bonne préhension est également importante pour la mère. Vous pouvez la tester en introduisant votre index dans la bouche du bébé. Jusqu'à la première phalange = seulement le mamelon, si vous dépassez la

deuxième phalange = le mamelon et l'aréole se trouve en bouche. Sucez votre doigt et distinguer la différence dans la façon de sucer et soyez attentive à la position de votre langue.

- Quand l'enfant est bien positionné, la mère ne ressent pas ou pratiquement pas de douleur au niveau du mamelon. Après une journée d'allaitement, il est normal que le sein soit sensible en début de tétée. Les premières suctions de l'enfant aspirent le mamelon et le tissu aréolaire loin en arrière de la bouche. Si une mauvaise préhension est la cause de douleurs mammaires, la correction de celle-ci devrait permettre un allaitement indolore endéans les deux jours.
- Chatouillez doucement les lèvres de votre enfant à l'aide du mamelon, pour inciter votre enfant à ouvrir largement la bouche.
- On peut utiliser d'autres méthodes pour décider l'enfant à ouvrir la bouche largement. La maman demande à haute voix à l'enfant d'ouvrir la bouche, et au moment où il entame le mouvement d'ouverture, on exerce une pression vers le bas sur le menton du nourrisson. A cet instant, les maxillaires de l'enfant sont détendues. Si la maman dispose d'aide extérieure, elle peut leur demander d'exercer la pression sur le menton, pendant qu'elle l'accroche. On peut aussi essayer de poser le sein sur la mâchoire inférieure et à l'aide du sein pousser la mâchoire vers le bas.

c) Rapprochez le bébé de vous et le maintenir proche de vous

- Quand l'enfant est bien mis au sein, il aura une grande partie du sein en bouche. Il sera tellement proche de sa maman, que son menton se fondera dans le sein de sa mère. Son petit nez reposera à la surface du sein (les ailes de nez d'un nourrisson s'évasent, afin de lui permettre de respirer plus facilement quand son nez repose sur le sein). Le timing est important.
- Quand l'enfant n'adopte pas une bonne position, incitez la mère à retirer son enfant en douceur et recommencer la manoeuvre.
- Le corps du nouveau-né doit se trouver à proximité de celui de sa mère.
- Une bonne position et un support de qualité seront garant d'un maintien au sein de l'enfant durant toute la tétée.
- Certains nourrissons ont besoin d'une aide supplémentaire pour rester au sein (faible réflexe de succion, hypotonie, courte langue, fentes orales, ...).

d) Retirez l'enfant du sein

- Attendez que l'enfant indique qu'il a fini de téter à un sein, avant de lui présenter l'autre. Quand l'enfant a fini au premier sein, il lâchera le sein ou s'endormira.
- Il est important de laisser son enfant déterminer le rythme de tétée. Il bénéficiera, de cette manière, de la meilleure proportion de lait précurseur aqueux et d'«après-lait» riche en calories.



- Si une maman décide de retirer l'enfant du sein avant que lui-même ne le lâche, il est important de lever l'effet de vide pour éviter tout dommage tissulaire du sein. Il existe différentes méthodes :
 - Enfoncer le sein près de la bouche du nourrisson,
 - Effectuer une pression vers le bas sur le menton du bébé,
 - Introduire un doigt au niveau de la commissure de la lèvre du nouveau-né.

9.4 QUAND NOURRIR ? QUELLE DURÉE RESPECTER ? A QUELLE FRÉQUENCE FAUT-IL ALLAITER ?

Un nouveau-né sain, à terme, ayant vécu un accouchement normal, possède une réserve de sucres, stockés dans le foie, et une réserve de lipides (graisses) sous l'épiderme (la peau). Il est tout à fait acceptable que le nourrisson perde jusqu'à 10% de son poids pendant ses premiers jours de vie. On explique cet amaigrissement par une plus grande consommation d'énergie et de liquide : pour aller à selles, pour respirer, pour pleurer ...

Les nouveau-nés prématurés ont moins de réserve. Les enfants ayant souffert pendant ou avant l'accouchement, ont épuisé leur réserve à la naissance. Ces bébés doivent être suivis de près et nourris fréquemment.

Quand nourrir ?

- Regardez votre enfant, pas l'horloge!
- Mettez votre enfant au sein dès qu'il manifeste les premiers signes de faim. Les pleurs sont un signe «tardif». Les signes précurseurs sont : remuer les bras et les jambes, ramener les doigts vers la bouche, émettre des petits sons. Les signes «intermédiaires» de faim sont : être agité et pleurer de façon interrompue. Les signes «tardifs» de faim sont : pleurer fortement, hurler, rougir, se fâcher.
- Il est presque impossible de mettre un bébé perturbé, qui hurle au sein. On vous conseille de répondre rapidement aux premières manifestations de faim de l'enfant. Vous aurez davantage de temps pour vous et pour positionner tranquillement votre enfant au sein. Si l'enfant est fort perturbé, essayez d'abord de le calmer et d'éveiller à nouveau son intérêt.



Moment et fréquence

- Varie selon l'enfant. Les premiers jours, l'enfant peut réclamer le sein très fréquemment. Le colostrum est produit en quantité restreinte et est un produit très digeste. Pendant ses premiers jours de vie, le nourrisson peut lui-même déterminer la fréquence et la durée de ses tétées. Cette fréquence est déterminante pour la réponse «offre et demande» du corps. Soyez cependant attentif de placer l'enfant correctement au sein! Certains enfants se contentent d'un seul sein, mais la majorité des enfants boivent des deux côtés. Le bébé peut être transféré au deuxième sein, lorsque, de sa propre initiative, il termine le premier.
- Les premiers jours de vie, certains enfants sont incommodés par des petites glaires et préfèrent jeûner.
- Après la congestion un «bon buveur» boira toutes les 3 à 5 heures. L'observation de votre enfant continue à jouer un rôle à cette étape! La durée de l'allaitement est déterminée par l'enfant
 - Si l'enfant lâche le sein après 2 à 5 minutes, faites lui faire un renvoi et proposez lui à nouveau le sein,
 - Quand l'enfant s'endort au sein et le lâche spontanément, proposez lui l'autre sein dès qu'il manifeste à nouveau des signes de faim.
- La sécrétion d'ocytocine engendre, comme effet secondaire, la détente profonde de la maman en fin de tétée.
- Quand un enfant n'est pas bien positionné au sein, il est important de le retirer en introduisant un doigt (souvent le petit doigt) au niveau de la commissure des lèvres (lever l'effet de vide).
- La nuit on effectue un allaitement à la demande. Certains enfants doivent être incités à boire plus régulièrement : les bébés prématurés, les mauvais buveurs, les enfants sous photothérapie.
- Normalement l'enfant doit être nourri uniquement au sein. Il ne nécessite pas de compléments. Les compléments seront octroyés sur avis médical. On utilisera de préférence du lait maternel tiré. Il est conseillé de donner ces suppléments à l'aide d'une seringue, d'une cuillère ou d'une tasse afin de ne pas entraver les réflexes de préhension et de recherche du sein. En utilisant les moyens cités ci-dessus, on respecte la technique de succion utilisée par un enfant lorsqu'il va au sein.

Evolution de la composition du lait

a) Le colostrum

C'est le premier lait. Ce liquide concentré contient des anticorps spécifiques, dont l'enfant a besoin. Dès la fin de grossesse et jusqu'au 3^e ou 4^e jour post-partum les seins produisent de petites quantités de colostrum. La réponse de prolactine survient après succion. La réponse est engendrée quelques

minutes après la mise au sein ; les taux de prolactine augmentent et restent présents dans le sang pendant 45 minutes.

- **Il vaut mieux nourrir fréquemment et brièvement**, que longtemps et moins souvent!
- N'utilisez **pas d'horloge**! L'enfant peut boire aussi longtemps qu'il le désire.
- Si l'enfant interrompt sa tétée et lâche = pas de problème.
- Si l'enfant interrompt sa tétée et s'endort = pas de problème.
- L'enfant interrompt sa tétée mais continue à mâchouiller.

Attention aux crevasses!

- Retirez l'enfant du sein, car **il vaut mieux allaiter souvent et brièvement!** De cette façon on stimule la production de prolactine.

IMPORTANT
ALLAITER FRÉQUEMMENT
LES NOURRISSONS NE BOIVENT QUE DE PETITES QUANTITES
 (environ 7 à 14 ml par tétée)

72 heures après la délivrance du placenta, les seins se remplissent (Pour un accouchement par césarienne, cet intervalle peut durer 24 heures de plus). Après cet intervalle, de plus grandes quantités de lait sont produites. Ce lait est un lait intermédiaire, il s'agit d'une combinaison de colostrum et de lait maternel en début de maturation. A ce moment l'offre semble dépasser largement la demande de l'enfant. La nature veut s'assurer que le «petit jeune» ne manque de rien. Deux semaines après l'accouchement, l'équilibre entre l'offre et la demande semble se stabiliser.

Le stress et autres éléments perturbateurs (taux d'hémoglobine trop bas...) peuvent retarder la congestion. Exceptionnellement cette congestion pourrait même survenir jusqu'au dixième voire quatorzième jour.

b) Le lait maternel plus mature

Après environ deux semaines de lactation, le lait devient mature. La quantité de lait produite augmente. Le passage du colostrum vers un lait plus mature dure environ deux semaines.

A la fin des premières semaines de lactation, la maman remarquera que ses seins sont plus souples et semblent moins pleins. L'assouplissement des seins indique que la production de lait se stabilise. La production est alors adaptée à la demande du nourrisson. Il est normal que la congestion et la sensation de plénitude des premières semaines disparaissent.

Schémas d'allaitement normaux

Minimum 8 fois par jour, de préférence plus. Cette fréquence est tout à fait normale pour un nouveau-né les premiers jours de vie.

- L'enfant réclamera fréquemment pendant quelques heures d'affilées, puis s'endormira quelques heures. Ce schéma sera reproduit jusqu'à ce que la maman produise du lait.
- L'enfant boira fréquemment de brefs instants. Dès son éveil, le nourrisson peut aller au sein. N'attendez pas qu'il pleure. Ne regardez pas les intervalles par rapport aux tétées précédentes.
- Le nourrisson est passif, il doit se remettre de l'accouchement. Néanmoins il est conseillé d'entreprendre un essai de mise au sein. Encouragez votre enfant 8 à 12 fois par 24 heures à téter. **Profitez des moments de sommeil léger, soyez attentive aux mouvements oculaires rapides, mouvements des bras et des jambes, mouvements labiaux, changement d'expressions faciales.**
- Il faudrait au moins une tétée la nuit.
- Si votre bébé a inversé son rythme de jour et nuit, procédez de la façon suivante. On vous propose de réveiller votre enfant quand il est dans une phase de sommeil léger **mais** ne regarder pas votre montre.
- Lorsque le méconium⁵ reste trop longtemps au niveau des intestins, il y a un risque de réabsorption de produits de déchet (e.a. la bilirubine).

9.5 COMMENT CONTRÔLER SI L'ENFANT ADOPTE UNE POSITION CORRECTE AU SEIN ? COMMENT VÉRIFIER S'IL ABSORBE DES QUANTITÉS SUFFISANTES DE LAIT MATERNEL ?

De nombreuses mamans sont convaincues que l'enfant ne tète rien, les premiers jours. C'est absolument faux ! L'enfant bénéficie du colostrum les premiers jours de vie. Ce nutriment à part entière subvient amplement aux besoins du nouveau-né. Le colostrum est produit en quantité restreinte. C'est un produit très digeste. C'est pourquoi votre enfant le réclamera vraisemblablement fréquemment.

Nous déconseillons fortement de peser avant et après la tétée, étant donné qu'il s'agit de quantité infime de l'ordre de 10 à 20 ml. En effectuant des pesées fréquentes, on pourrait désillusionner la maman. La production de lait n'apparaîtra qu'aux alentours du 3^e au 5^e jour, sous l'influence de la prolactine.



5. Le méconium : selles noires, foncées et très collantes. Ces selles apparaissent surtout les premiers jours post-partum. C'est un produit de déchet issu de la vie intra-utérine.

Signes indicateurs d'une position correcte

- Le corps de l'enfant se trouve en face de celui de sa maman. L'enfant ne doit pas tourner la tête.
- L'enfant prend le sein largement dans la bouche. Si l'enfant est bien positionné, la bouche se trouve si proche du mamelon, que la mâchoire inférieure est situé le plus loin possible derrière le mamelon. C'est difficile pour la maman elle-même de vérifier cette dernière affirmation. Elle peut demander à une tierce personne de s'assurer que la bouche de l'enfant recouvre la plus grande portion de la partie inférieure de l'aréole comparativement à la partie supérieure.
- Il faut approcher l'enfant le plus possible de sa maman. **Son menton s'enfonce dans le sein** et son **nez touche le sein superficiellement**.
- Une fois l'enfant « accroché » au sein, ses lèvres se courbent vers l'extérieur et sont parfaitement détendues.
- La langue de l'enfant se situe sous le sein de sa maman.
- La maman ne ressent pas de douleur pendant la tétée.

Signes indiquant une bonne force de succion

- Après quelques mouvements de succion rapides, le rythme ralentit et s'approfondit. Lors de la deuxième phase, la maman peut percevoir des déglutitions régulières au niveau de son enfant. On peut apercevoir un mouvement entre les oreilles et les tempes du bébé.
- Si l'allaitement procure une sensation de bien-être à la maman, elle peut en déduire que son enfant est bien positionné et tète correctement.



- Un nouveau-né qui boit bien, interrompra sa tétée quand il a terminé.
- Une autre manière de vérifier que l'enfant prend correctement et boit bien, consiste en l'observation des langes mouillés et des selles du nourrisson
 - Lorsque la maman produit du colostrum, c'est-à-dire les deux premiers jours, l'enfant ne mouillera que un ou deux langes par jour. Dès que la production de lait augmente, on comptera progressivement 6 à 8 langes en coton ou 5 à 6 langes jetables. Lors d'une production lactée augmentée, le bébé ira jusqu'à deux à 5 fois à selles par 24 heures,
 - Le colostrum est un laxatif naturel qui facilite l'émission des premières selles de l'enfant. Environ 24 à 48h après l'augmentation de la production lactée, les selles du nouveau-né vont subir des modifications de consistance et de couleur.

- La perte de poids qui survient les 3 à 4 premiers jours est considérée comme un phénomène normal. Elle est due à la perte de liquide tissulaire excédentaire et à l'émission du méconium. Une perte pondérale de 5 à 7% est tout à fait normale. Une perte de poids de 10% reste acceptable. Cependant la perte de 10% peut indiquer que l'allaitement ne se déroule peut-être pas tout à fait de façon optimale et que la maman peut avoir recours à de l'aide supplémentaire.
- L'attribution de compléments de façon routinière est inutile. Elle pourrait même nuire et engendrer des problèmes de santé chez la mère et l'enfant
 - Les compléments rassasient le nourrisson. Il sera moins intéressé par le sein,
 - Les compléments d'eau contribuent à l'apparition de l'ictère du nouveau-né (jaunisse),
 - L'alimentation artificielle, donnée à proximité de la naissance de l'enfant, peut les sensibiliser aux protéines de lait de vache et engendrer des allergies,
 - Supplémenter un enfant au biberon, peut engendrer des problèmes d'allaitement. L'utilisation de biberons diminuera le réflexe de succion et peut même mener à un refus du sein,
 - Les compléments ont une influence négative à la mise en route de la production de lait chez la mère. La production de lait découle directement de la **fréquence**, la **durée** et l'**efficacité** avec lesquels un enfant tète,
 - Les compléments donnés de façon précoce entraînent une durée d'allaitement plus courte.

Signes d'un transfert de lait adéquat

- Le nourrisson est alerte. Il manifeste des signes pour être allaité et est rassasié après la tétée.
- Le bébé tète de façon active au sein minimum 160 à 180 minutes par jour, pendant les deux premières semaines d'allaitement.
- Déglutitions perceptibles.
- Le mamelon de la maman est intact, non douloureux et humide après l'allaitement.
- Le nouveau-né et sa maman sont tous deux satisfaits après la tétée.
- Les muqueuses de l'enfant sont humides. La peau du petit est souple et élastique.
- Aux alentours du 4 à 5^e jour, le nouveau-né produit 3 à 5 langes de selles jaunes et liquides. Pour un bébé de plus de 6 semaines, il peut être normal d'aller moins souvent à selles.
- A la fin de la première semaine, le bébé mouille 6 langes ou plus. L'urine est claire et peu odorante.
- La prise pondérale normale pour un enfant de 0 à 3 mois est de 115 à 225 g par semaine.

L'enfant ne boit pas assez

- Origine
 - Il s'agit souvent d'une mauvaise technique de succion ou d'une stimulation trop faible,
 - Parfois on est confronté à des mamans épuisées,
 - Les nouveau-nés prématurés, ou les bébés qui ne sont pas assez vigoureux pour stimuler suffisamment le sein.
- Signes
 - Pas de prise de poids après 5 à 7 jours,
 - Des enfants hypotoniques ou grincheux,
 - Pas assez de langes mouillés.
- Conduite à tenir
 - Ne pas se morfondre. Ceci pourrait avoir une influence négative sur la production de lait,
 - Mettre le nourrisson fréquemment, correctement et assez longtemps au sein,
 - Se reposer suffisamment,
 - Pour les nourrissons trop faibles, engendrer le réflexe de succion préalablement à la mise au sein. Si nécessaire tirer votre lait après la tétée,
 - Si l'enfant doit bénéficier de compléments, privilégier le lait maternel. Donnez les suppléments à la tasse ou par seringue.

9.6 MOYENS POUR RÉVEILLER UN NOUVEAU-NÉ

Les techniques

- Essayez de réveiller votre enfant en période de sommeil léger. Observez les mouvements oculaires rapides sous les paupières, soyez attentif aux mouvements de bras ou de jambes, mouvement de succion de la bouche, changement d'expression faciale.
- Tamisez les lumières. Une lumière trop forte peut inciter l'enfant à fermer les yeux.
- Ouvrez les couvertures, ou ôtez les.
- Déshabillez l'enfant, au linge près, si la chambre est à bonne température. La succion diminue dès que la température dépasse les 27°C.
- Parlez au nourrisson. Essayez d'obtenir un contact visuel.
- Maintenez le nouveau-né debout ou en position assise.
- Placez la tête de l'enfant dans vos mains et ramenez le prudemment en position assise.

Augmentez la stimulation

- Parcourir la colonne vertébrale avec les doigts. Cette action engendre la contraction de petits faisceaux musculaires et augmentent l'éveil de l'enfant.
- Changer le linge.
- Frottez la plante des pieds ou la paume des mains. On stimule le réflexe de préhension de l'enfant, on augmente son éveil.
- Augmentez le contact peau-à-peau entre la mère et son enfant. Utilisez des techniques de massage ou un petit bain.
- Bougez les bras et les jambes et effectuez de prudents «applaudissements».
- Tamponnez le front et les joues du nourrisson à l'aide d'un tissu frais et humide.
- Faites le tour des lèvres du petit avec le bout des doigts.
- Exprimer un peu de lait à hauteur des lèvres du nourrisson.



Captez l'intérêt de votre enfant

- Soutenez suffisamment le poids du sein dans votre main, pour éviter de le laisser reposer sur le menton du bébé.
- Proposez l'autre sein dès que l'intérêt du nouveau-né pour boire activement commence à régresser.
- Laissez l'enfant faire un renvoi et changer le linge avant d'alterner de sein.
- Privilégiez la position rugby par rapport à la position classique d'allaitement.
- Massez le sommet de la tête de l'enfant en mouvements circulaires pendant la tétée.

9.7 MÉTHODES POUR ÉVEILLER LE RÉFLEXE D'ÉJECTION

Indicateurs d'un bon réflexe d'éjection

- Le réflexe d'éjection est influencé par les hormones. La succion de l'enfant stimule l'apparition du réflexe d'éjection. Lorsqu'un enfant commence à téter, les mouvements rythmés de ses mâchoires, ses lèvres et sa langue stimulent les extrémités nerveuses du sein. Ces dernières envoient des signaux à l'hypophyse maternelle. L'hypophyse est incitée à produire deux hormones : la prolactine et l'ocytocine. L'ocytocine provoque la contraction des petits muscles juxtaposés aux alvéoles. Par l'action des muscles, le lait est exprimé des différentes parties du sein. Le lait devient dès lors accessible au nourrisson à hauteur des canaux lactifères derrière le mamelon.
- Signes indiquant que le lait de la maman est éjecté
 - Arrière-douleurs (tranchées) et pertes sanguines plus abondantes (pendant les premiers jours post-partum) pendant ou juste après la mise au sein,
 - Une sensation de picotement, parfois douloureuse dans les seins les premières secondes ou minutes en début de tétée,
 - Le lait qui fuit du sein opposé,
 - La maman ressent une sensation de soif pendant l'allaitement,
 - On peut observer un changement de rythme de succion et déglutition chez l'enfant. Au début l'enfant effectue de petits mouvements de succion rapide, par la suite il tètera de façon vigoureuse et lente. Pendant la deuxième phase, il déglutira et après une ou deux succion, votre enfant respirera,
 - Votre enfant fera «glouglou»,
 - Le lait sera visible à la commissure de la lèvre du nouveau-né,
 - Un sentiment de détente se manifesterait chez la maman.
- Une fois le processus de lactation stabilisé, le réflexe d'éjection peut se produire à maintes reprises lors d'une et même tétée! Un nourrisson qui boit bien, provoque l'apparition de plusieurs réflexes d'éjection pendant l'allaitement. Il recevra de cette façon le précurseur aqueux du lait et le plus riche «lait de suite».

Réflexe d'éjection retardé ou perturbé

- Quand l'éjection du lait est retardée ou perturbée, la majorité du lait n'afflue pas. L'enfant sera perturbé. Une petite quantité de lait est accumulée dans les réservoirs de lait qui se situent près du mamelon. Mais en l'absence du réflexe d'éjection, la plus grande partie du lait maternel persiste au niveau du sein, malgré les efforts du nouveau-né.
- **Le réflexe d'éjection peut être influencé négativement par différents facteurs : ex. un stress inhabituel et/ou se sentir tendue quand on effectue une mise au sein, avoir les mamelons sensibles, être gênée par une congestion ...**

- **Une crise émotionnelle ou des tensions inhabituelles** peuvent perturber ou retarder le réflexe d'éjection. A l'extrême, on détecte une sécrétion d'adrénaline supplémentaire dans le corps de la maman. Cette adrénaline peut diminuer ou bloquer la sécrétion d'hormones nécessaires à l'apparition du réflexe d'éjection. Les périodes de crises résultent habituellement en une diminution de production lactée temporaire. Cette réaction naturelle résultant d'émotions complexes peut être rencontrée quand l'enfant est hospitalisé en néonatalogie. Cette production diminuée n'est alors que temporaire. Elle se rééquilibrera lorsque l'on parvient à nouveau à se détendre. La quantité de lait fournie pendant une mise au sein ou le peu de lait qu'on extraira à l'aide d'un tire-lait, suffiront à stimuler les seins. La stimulation est essentielle si on veut maintenir une production de lait,
- **Les seins sensibles** peuvent entraver l'éjection du lait. Mettez en évidence les causes possibles et parlez-en à vos soignants. Ils peuvent vous fournir des conseils utiles et pratiques,
- **En cas de congestion** le réflexe d'éjection peut se trouver gêné temporairement. On peut éveiller le réflexe d'éjection en appliquant des compresses chaudes, en massant doucement les seins ou en tirant un peu le lait. L'utilisation de glace freine l'éjection de lait. Evitez l'application de glace au niveau des seins et des mamelons avant l'allaitement. Ne mettez pas de glace quand le réflexe d'éjection est freiné ou perturbé.
- **La nicotine, l'alcool et les boissons contenant de la caféine peuvent également agir négativement. Les problèmes hormonaux et l'utilisation de certains médicaments peuvent également être mis en cause.**
 - Se restreindre en fumant moins, en diminuant l'utilisation d'alcool ou de boissons contenant de la caféine peuvent vraisemblablement améliorer le réflexe d'éjection,
 - Si la maman consomme un médicament qui peut freiner le réflexe d'éjection, essayez en concertation avec le médecin de trouver une autre alternative.
- Pendant les moments succédant à l'accouchement et les premières semaines, un réflexe d'éjection de la mère peut apparaître un peu plus tardivement. Plus la maman allaite, plus elle acquiert de l'expérience et plus précoce sera le réflexe d'éjection. Il apparaîtra automatiquement quand l'enfant tètera. Le réflexe d'éjection se déclenchera à ce moment-là et suite à d'autres stimuli notamment : voir son enfant, toucher sa peau, sentir son odeur, entendre ses pleurs (ou les pleurs d'un autre petit).
- La maman peut stimuler son réflexe d'éjection en utilisant des exercices de relaxation, des compresses chaudes, un massage aréolaire, en respectant un environnement calme, en se posant un moment ...

La stimulation du réflexe d'éjection

- Les problèmes auxquels on est confronté en tirant son lait sont causés dans

la majorité des cas, par un mauvais réflexe d'éjection. En général, ils ne dé-coulent pas d'une production trop faible de lait.

- Suggestions pour stimuler le réflexe d'éjection chez la maman
 - **Recherchez un environnement agréable :** La routine et un environnement sécurisé peuvent favoriser la détente de la maman. Le réflexe d'éjection d'une maman détendue fonctionnera mieux.
 - **Limitez les éléments de distraction :** décrochez le téléphone, mettez de la musique d'ambiance. Préparez tout ce dont vous avez besoin : un verre d'eau, une collation, quelque chose à lire. Si la maman a d'autres enfants, elle peut leur préparer quelque chose à grignoter ou à boire, avoir un livre d'histoire à portée de main ou allumer la télévision.
 - **Respectez un rituel avant de tirer votre lait :** chauffez vos seins (à l'aide de compresses chaudes, une douche), enveloppez vos épaules dans une couverture ou recouvrez les d'un pull, asseyez-vous près d'une source de chaleur (la chaleur détend). Commencez par masser légèrement les seins, stimulez les mamelons en les effleurant à peine ou en les roulant d'avant en arrière, détendez-vous pendant 5 minutes. Pour vous détendre faites quelques exercices de respiration ou installez-vous confortablement et pensez à quelque chose d'agréable. Quand vous retournez au travail, vous pouvez éventuellement téléphoner et prendre des nouvelles de votre enfant (pour vous mettre dans un état d'esprit adéquat pour tirer),
 - **Tirez en utilisant un mouvement rythmé pour simuler la succion de l'enfant au sein.** Si la maman mime le rythme de l'enfant en tirant son lait, elle peut stimuler l'apparition du réflexe d'éjection,
 - **Pensez seulement à votre enfant :** mettez une photo à portée de main, un petit pyjama, une petite écharpe,
 - **On vous conseille de tirer votre lait en présence de votre enfant ou même en lui donnant le sein :** laissez votre enfant téter un sein et tirez le lait de l'autre côté. Tirez votre lait en présence de votre nourrisson (ex. en néonatalogie, asseyez-vous à côté de l'incubateur du bébé) ou en faisant du peau-à-peau (position kangourou),
 - **Effectuez des massages pendant la stimulation au tire-lait :** provoquez plusieurs réflexe d'éjection en interrompant la stimulation environ toutes les 10 minutes, massez les seins, secouez-les et rebrancher le tire-lait (voir chapitre sur le tire-lait),
 - **Pendant une séance tirez le lait des deux côtés à plusieurs reprises.**
- Les émotions de la maman peuvent influencer le réflexe d'éjection. Ces émotions surviennent le plus souvent en période d'apprentissage (ressenti : bizarre, étrange, déçue, sentiment d'aversion, découragée). Utilisez donc le tire-lait quand vous êtes détendue et lorsque vous n'êtes pas tenue par le temps. Inspirez et expirez longtemps et profondément. D'autres techniques de relaxation peuvent vous aider (yoga).

10. L'INFLUENCE DE L'ALIMENTATION MATERNELLE

10.1 EN GÉNÉRAL

- Le bébé se comporte comme un parasite : la jeune vie a toujours la priorité. La qualité du lait est uniquement compromise en cas de dénutrition importante ou de sévère anorexie.
- Une alimentation saine et équilibrée est primordiale, mais cette alimentation concerne davantage l'état de santé maternelle que celle du nourrisson.
- En cas de malnutrition, on observe surtout une carence en vitamines et en lipides.

Compléments alimentaires ?

- L'utilisation systématique de compléments de vitamines et/ou minéraux en période de lactation n'est pas une nécessité.
- L'utilisation de compléments vitaminés peut être profitable pour la maman qui est malnutrie ou utilisant un régime peu varié.

Aliments défendus ?

- Il n'y a aucun aliment qui doit être évité à tout prix par la maman allaitante! Aucun aliment n'est obligatoire durant la lactation. Les mots-clés sont une **alimentation variée et modérée**.
- La variation naturelle de l'alimentation maternelle permet de modifier le goût du lait. Ceci permet de préparer l'enfant à une alimentation solide et variée plus tard.
- Une recherche aurait mis en évidence que les nourrissons têtent plus longtemps et ingèrent plus de lait lorsqu'ils goûtent la vanille ou l'ail(!) (suite à l'ingestion par la mère de ces aliments).
- La caféine et le chocolat
 - Une consommation modérée de caféine (< 5 tasses de café/jour) ne poserait pas de problèmes à la majorité des mères allaitantes, ni à leurs bébés,



- Une consommation excessive de caféine (> 5 tasses de café/jour) par la maman allaitante, peut éveiller son nourrisson ou le rendre agité. Pour déterminer si oui ou non la caféine est responsable des symptômes de l'enfant, on conseille à la maman de ne pas en absorber pendant deux ou trois semaines,
- Si une maman veut diminuer sa consommation de caféine, elle doit être consciente des produits qui en contiennent. Ex. le café, le thé, l'ice-tea, le coca, certaines boissons pétillantes, mais aussi certains médicaments (e.a. certains anti-douleur, anti-grippaux, le modifast (pour perdre du poids), certains anti-migraineux,...),
- Une maman qui souhaite éliminer la caféine de son alimentation, doit être consciente que la théobromine (présente dans le chocolat et le cacao), est identique à la caféine. Cependant les quantités sont nettement moins importantes. En général le nouveau-né supporte une prise modérée de chocolat par la maman,
- Quantité : 1 tasse de café (150 ml) = 130 mg de caféine,
- 1 tasse de décaféiné = 3 mg de caféine,
- 30 gr de chocolat = 6 mg de théobromine.
- En rapport aux coliques
 - Il y a des différences selon le pays d'origine et la culture,
 - **Règle** : La maman peut maintenir ses habitudes alimentaires. Elle peut manger, ce qu'elle consommait pendant la grossesse,
 - Seul l'excès nuit : les choux, les oignons ne sont pas contre-indiqués mais à consommer avec modération.
- En rapport aux allergies
 - 10% des allergies sont d'origine congénitale,
 - Les premiers à inculper sont en ordre respectif : le lait de vache, le lait de soja, les noix (cacaouètes) et les légumineuses. Il existe une corrélation entre le facteur allergique et la grande perméabilité intestinale de ces aliments,
 - Si l'enfant semble hypersensible à certains nutriments présents dans le régime maternel, essayez de ne plus manger cet aliment pendant deux ou trois semaines.
- En rapport avec la production de lait
 - La sauge : est un inhibiteur de la lactation, va endiguer la production. La sauge donne dans certains cas de meilleurs résultats que le Parlodel et le Dostinex,
 - La menthe : a une légère action inhibitrice (attention aux chewing-gums contenant de la menthe),

- L'alcool : est un inhibiteur de la production lactée. Il paralyse le réflexe hormonal 30 minutes après son ingestion. Il diminue le réflexe d'éjection et diminue la production de 20%,
- Consommer l'alcool de préférence après l'allaitement. L'alcool nécessite environ deux heures pour être éliminé du corps. L'utilisation d'alcool quotidiennement est néfaste!!! L'alcool est permis en cas d'exception.
- La maman végétarienne
 - Il existe différents types de végétarisme en fonction des types d'aliments consommés par la maman. Certains végétariens consomment des protéines d'origine animale,
 - Les mamans allaitantes qui suivent un régime sans protéines animales, peuvent enrichir leur régime pour prévenir les carences de vitamine B12 pour leur nourrisson allaité,
 - En règle générale, les mamans végétariennes consomment moins de calcium et de vitamine D. Ceci n'a pas d'influences sur les taux de ces derniers dans le lait maternel,
 - Le lait des mamans végétariennes contient souvent moins de produits polluants comparé au lait des mères qui consomment des produits d'origine animale.

Aliments à conseiller ?

- **Règle :**
«La demande de l'enfant détermine l'offre (la production)»!
- En rapport à la production de lait
 - Le fenouil : est idéal pour les coliques **mais** quand il est consommé par la **mère**, pas par le **bébé**. Offrir du thé à un nourrisson pourrait influencer la flore intestinale de façon négative!
 - L'anis : stimule la production de lait,
 - Les thés d'allaitement : relaxent et améliorent la vascularisation. Il n'existe pas de réelle preuve scientifique de leur bienfait. Les mamans aiment bien les consommer,
 - L'eau et autre apport liquidien : il est conseillé de boire selon sa soif. 1 verre par allaitement, selon la quantité bue par l'enfant. Ne jamais boire exagérément. Ceci perturbe l'équilibre hydrique et influence de façon négative le corps et l'allaitement maternel. Un autre paramètre pour mettre en évidence si l'on boit suffisamment est l'évaluation des urines et des selles. La constipation et l'émission d'urines concentrées pourraient être signe d'un apport liquidien insuffisant.



10.2 LES BESOINS CALORIFIQUES D'UNE MÈRE EN PÉRIODE DE LACTATION

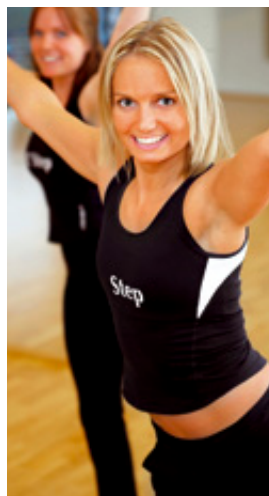
- Les besoins énergétiques d'une mère allaitante sont à ce jour encore sujets à débat. Les mères allaitantes n'auraient pas nécessairement besoin d'un apport calorifique plus important que leurs collègues qui donnent le biberon. On suppose que la maman qui allaite le plus aurait besoin de 40 à 500 calories supplémentaires en période de lactation (supplémentaire à l'apport habituel, afin de maintenir un poids stable et équilibré).

10.3 PERTE PONDÉRALE

- Les mères qui allaitent, perdent un peu plus de poids en post-partum que les mères qui n'allaitent pas.
- La perte pondérale d'une maman en période d'allaitement est la plus grande les 12 premiers mois. La perte pondérale semble être plus importante la deuxième moitié de cette première année. La perte de poids est en rapport direct avec la fréquence et la durée des tétées. Plus on allaite longtemps, plus on perd de poids.
- Les mamans qui allaitent, commencent à perdre de la graisse corporelle à partir du 15^e jour post-partum.
- Suivre un régime modéré en période de lactation n'aurait pas d'effet négatif sur l'allaitement maternel. Une perte de poids pondérée (400 à 500 gr par semaine) n'aurait pas d'influence négative ni sur la qualité ni sur la quantité de lait maternel. Les régimes à base de restriction calorifique importante et l'utilisation de breuvages amincissants sont fortement déconseillés.

10.4 LE SPORT ET L'EXERCICE PHYSIQUE

- Une activité physique régulière est saine à toute période de vie, y compris en période de lactation.
- Le sport n'influence pas la production de lait maternel ni le schéma alimentaire de l'enfant.
- Le sport pratiqué de façon excessive, jusqu'au bord de l'épuisement est déconseillé. Il peut engendrer une production plus élevée d'acides lactiques. Le bébé peut, dans ce cas, refuser le sein.
- Une activité hebdomadaire ou quotidienne, une session de sport normale n'influence pas l'allaitement maternel et est saine, pour autant qu'elle n'amène pas le corps à la limite de l'épuisement. Elle procure par ailleurs plus d'énergie à la maman et facilite la perte de poids après l'accouchement.



10.5 L'ALLAITEMENT MATERNEL ET OSTÉOPOROSE

- Certaines mères ont la conviction que l'allaitement maternel peut engendrer la décalcification osseuse et mener à un risque accru d'ostéoporose. Rien n'est moins vrai! On a mis en évidence le contraire : la densité osseuse est meilleure après un allaitement. Pendant la durée de l'allaitement, il y a une perte sensible de densité osseuse, mais celle-ci est largement compensée après l'allaitement. Après l'allaitement les os sont plus solides chez les mères qui ont allaité par comparaison avec les mamans qui n'ont pas allaité.

10.6 L'ALLAITEMENT MATERNEL ET LES PRODUITS POLLUANTS

- Une recherche scientifique a mis en évidence que le lait maternel contenait des produits polluants, tel que des dioxines, des PCB et des pesticides. La concentration de ces produits dans le lait maternel dépend de différents facteurs. Les facteurs déterminants sont entre autres : le degré de pollution de l'environnement de vie, l'âge de la mère, le nombre d'enfants et les habitudes alimentaires. On a peu de notions quand aux effets à long terme de ces produits. Seul affirmation possible : quand les taux de ces produits au niveau de l'environnement diminuent, leurs taux dans le lait maternel diminuent en parallèle.
- Beaucoup d'études ont été effectuées ces dernières années pour rechercher la présence de dioxines et de PCB dans le lait maternel. Les concentrations trouvées, souvent «élevées» ne dépassent en aucun cas les normes acceptables!
- La maman transmet la plus grande «partie» de produits contaminants pendant la grossesse. La contribution de l'allaitement maternel par rapport à la grossesse est minime.
- Quand une maman allaite, les réserves de lipides sont sollicitées après environ deux semaines. Ce phénomène mobilise également les dioxines accumulées. Le premier enfant allaité, reçoit le plus de dioxines. Les taux de dioxines accumulés au niveau des tissus graisseux sont les plus élevés pendant les premiers allaitements. Les enfants suivants reçoivent des doses inférieures.
- Il est important de signaler que le risque encouru en exposant l'enfant aux dioxines ne fait pas le poids par rapport aux multiples bénéfices de l'allaitement maternel!!!!

11. LES SELLES D'UN ENFANT ALLAITÉ

- Peuvent être très variables. Les selles peuvent être très fréquentes, après chaque allaitement ou ne survenir qu'une fois tous les deux jours (ou moins souvent).
- Si l'enfant boit bien, gagne du poids, est calme et si il ne présente pas de fièvre, il n'y a pas de raison de s'inquiéter.
- Les premiers jours, les enfants émettent des selles vertes foncées, appelées méconium.
- Trois jours après, surviennent les selles de transition : elles changent d'odeur et d'aspect. Elles tendent vers une couleur jaunâtre et un aspect granuleux. Le bébé est alors en phase d'adaptation. Souvent il souffre de coliques.
- Pendant la congestion, le bébé ingérera subitement des quantités plus importantes. Ceci peut aboutir à l'émission fréquente de selles. Ces selles seront d'aspect plus liquide. Cet aspect de selles est parfaitement normal (en cas d'inquiétude, contrôler la température de votre enfant).
- Le nourrisson qui continue à avoir des coliques, émet des selles liquides contenant des glaires ou du sang, pourrait présenter une allergie. Il est conseillé de consulter son pédiatre.
- Un enfant qui ne va pas souvent à selles, ou difficilement, peut être stimulé par un massage tout en douceur du bas ventre ou du dos. Un bain tiède peut également favoriser le transit.
- Pour favoriser l'émission de selles de votre enfant, n'administrer jamais de médicaments de votre propre initiative!
- Si votre enfant présente de la température, a des selles liquides et malodorantes ou si les selles sont de couleur verte, il est conseillé de consulter un médecin (munissez-vous éventuellement d'un échantillon de selles).

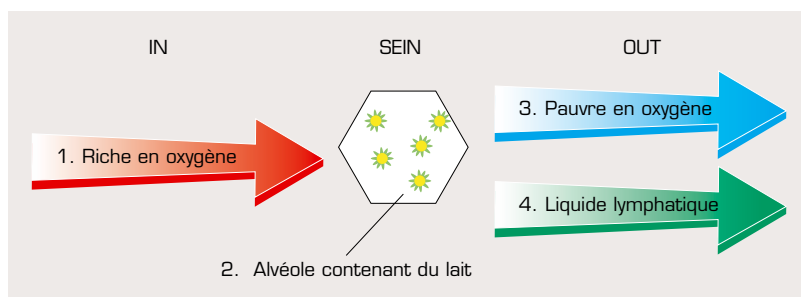
12. PÉRIODES DIFFICILES EN COURS D'ALLAITEMENT

12.1 LA CONGESTION MAMMAIRE

Principes généraux

- Est déterminée par l'équilibre hormonal (cfr. Plus haut) : les taux d'oestrogènes et de progestérone sont diminués. La prolactine est plus élevée et peut dès lors agir.
- Il y a une grande quantité de lait présente.
- L'«exercice» est terminé, l'enfant a plus ou moins acquis la technique de succion.
- L'enfant a besoin de plus de temps pour ingurgiter sa ration. La durée de tétée est plus longue mais la fréquence est moindre. (On compte toujours minimum 7 tétées par 24 heures).
- Si les mères allaitent très fréquemment les premiers jours, la congestion est supportable.

Qu'est-ce que la congestion ?



Une congestion douloureuse est due à une **stase de lait**



Les alvéoles sont sous pression continue



Les cellules de production lactée subissent une influence négative de cette pression



SIGNAUX D'ALERTE :
INFECTION SOUS FORME DE RÉACTION TISSULAIRE
ENGENDRÉE PAR L'INFLUENCE NOCIVE

- Les vaisseaux sanguins s'ouvrent = plus de circulation sanguine pour combattre l'influence négative = pour résorber du lait dans circulation sanguine, au moyen de la dégradation de lait.
- **ROUGEUR, CHALEUR, DOULEUR, GONFLEMENT et OEDÈME** = infection (-ite), **PAS D'INFECTION** (= dues aux bactéries)

Conclusion : La congestion dépend UNIQUEMENT de la stase de lait!

Traitement de la congestion mammaire

- Améliorer la circulation de lait.
- Détendre les canaux lactifères en appliquant de la chaleur avant la tétée = **LE PLUS IMPORTANT!**
- Eventuellement appliquer du froid après la tétée (= lutte contre le symptôme, n'est pas une façon de combattre la cause).

ATTENTION les compresses glacées : procure une vasoconstriction en première instance, suivie d'une vasodilatation par la suite. Effectuez une application de courte durée (10-15 min). Privilégiez un stimulus doux (ex. : gants de toilette froids).

- Si l'enfant s'accroche difficilement au sein, faites couler un peu de lait au préalable (massage aréolaire ou faire rouler le mamelon). On permet ainsi à l'enfant de mieux englober le mamelon, devenu souple.
- Eventuellement utilisez le tire-lait pour évacuer le lait du sein. Ne tirez le lait qu'une seule fois et recommencer éventuellement encore une fois à la prochaine tétée. Ceci permet une meilleure fonctionnalité de votre sein. Si vous tirez votre lait, il vaut mieux bien tirer, videz les seins! L'avantage de tirer une seule fois de façon prolongée pour lancer le flux de lait contrebalance largement le léger désavantage de la stimulation procurée suite à l'usage du tire-lait.
- Les taux sanguins d'hormones diminuent après une semaine à dix jours, ensuite le sein fonctionne de façon autonome.



- Parfois la pression continue exercée par le lait sur les cellules avoisinant les alvéoles peut freiner le fonctionnement des cellules (par atrophie des cellules). La production décroît ou s'arrête. Soudain il n'y a plus de lait.
- Soyez attentives à bien soutenir les seins. Mais attention, la peau ne peut pas être comprimée (intérêt d'une bonne circulation).
- Mettez l'enfant régulièrement au sein. Veillez à ce que l'enfant prenne le mamelon et l'aréole le plus loin possible en bouche. Observez une technique de succion correcte (éveiller le réflexe de succion, le fonctionnement de l'ocytocine permet une meilleure éjection du lait).
- Laisser le nourrisson boire plus longtemps à un sein. Une production de lait plus importante, permettra d'améliorer la congestion et de rendre soutenable la tension dans ce sein.
- Si le petit ne boit qu'à un seul sein, stimulez la production de l'autre sein après la tétée. La production lactée peut être stimulée par massage ou en extrayant le lait manuellement du sein. Faites ceci sous une douche chaude jusqu'à assouplissement du sein.
- Demandez de l'aide lors des mises au sein!
- En période de congestion, le sein est souvent très tendu et la mise au sein difficile. Prenez une douche chaude avant la mise au sein, massez le sein sous l'eau chaude et extrayez un peu de lait manuellement. L'aréole deviendra plus souple et la mise au sein plus aisée.
- Si vous avez des plaques rouges et chaudes au niveau du sein, massez-les au long de l'allaitement.
- Entre les tétées, on peut alléger la sensation de gêne en prenant régulièrement une douche. Il est conseillé d'appliquer soit de la chaleur (bouillotte) soit du froid suivant ce que vous préférez.
- Attention : n'appliquez jamais directement la bouillotte sur un sein dénudé. Suite à la mise sous tension de l'épiderme, la peau est plus sensible aux brûlures.
- Si la douleur persiste, vous pouvez demander un anti-douleur.
- Sachez que la production de lait va s'adapter progressivement à la demande. Les taux de prolactine se stabilisent après quelques jours et la congestion disparaîtra.

12.2 L'OCCLUSION D'UN CANAL LACTIFIÈRE OU LA MASTITE

- Une maman qui a mal ou souffre de mastite, peut se sentir découragée. L'allaitement peut sembler insurmontable.
- On entend par mastite toute infection du sein, que la maman ait ou non contracté une infection bactérienne.
- -ite (suffixe) = infection; mastite = infection d'un ganglion mammaire ou infection mammaire.

- Les inflammations sont des phénomènes localisés. Les inflammations présentent de la rougeur, chaleur, douleur et un gonflement suite à des nuisances physiques, chimiques ou microbiologiques.
- Infection : la pénétration et multiplication de micro-organismes nuisibles. Ces micro-organismes engendrent une infection localisée ou une maladie qui atteint tout le corps humain.

La distinction entre un canal lactifère bouché et une mastite

- Phénomènes : rougeur, chaleur, douleur et gonflement.
- Définition : L'infection est une réaction localisée du tissu suite à un dommage. C'est une réaction de défense du corps. Il s'agit d'un ensemble complexe de changements qui visent à réparer les dommages. Le corps cherche à neutraliser les organismes qui l'ont pénétré. Il est question ici de vasodilatation, permettant une meilleure circulation (s'en suit rougeur et chaleur). L'afflux veineux diminue et entraîne un gonflement, les leucocytes quittent les vaisseaux sanguins et contribuent à leur fonction au sein du tissu. Les déchets produits lors de l'infection forment le pus.

Causes de mastite

Une infection n'est pas une affection, mais une réaction du corps suite à une affection. Le traitement consiste à prendre en main la cause de la réaction allergique.

Conclusion : en cas de mastite, nous sommes confrontés à une stase de lait. La mastite peut être compliquée par une infection. Une mastite infectieuse est la complication d'une mastite stérile.

- **Tétées raccourcies ou manquées, schémas d'allaitement irrégulier.** Tout ce qui peut raccourcir le temps passé au sein pour l'enfant, peut contribuer à la congestion mammaire et augmenter le risque de mastite.

Les causes possibles de tétées manquées, raccourcies ou irrégulières sont

- Temps de la tétée limité ou le bébé s'endort, de façon précoce, pendant l'allaitement,
- L'enfant commence à faire ses nuits,
- Le bébé reçoit des suppléments,
- L'enfant utilise une tétine,
- Avoir eu des journées chargées et avoir libéré inconsciemment moins de temps pour nourrir,
- Un changement soudain dans les habitudes alimentaires du nourrisson (l'apparition des premières dents, un enfant qui refuse le sein, boire moins longtemps au sein, la maman qui va travailler en dehors de la maison),

- L'enfant boit très irrégulièrement avec plus de trois heures entre les mises au sein.
- **Pression permanente exercée sur le sein.** N'importe quelle pression continue ou importante sur une partie du sein, peut entraver la circulation de lait et causer une mastite.
Exemples:
 - Un soutien trop serré ou un sous-vêtement qui ne fournit pas assez de soutien,
 - Un maillot de bain trop serré,
 - Un porte-bébé ou un sac à langer dont les anses exercent une pression sur les seins,
 - L'utilisation d'épaisses compresses d'allaitement ou de coquilles, qui rendent le soutien trop serré,
 - Une mère qui dort sur le ventre,
 - L'enfant qui repose sur la poitrine de sa mère,
 - Une maman qui prend fermement ses seins pendant la tétée. Une maman exerce une pression importante vers le bas pour libérer le petit nez de l'enfant,
 - Le nouveau-né appuie sur le sein avec ses petites menottes pendant la tétée.
- **Mauvaise préhension, mise au sein ou mauvaise succion.** Les canaux lactifères peuvent ne pas être tous vidés de manière égale lorsque l'enfant ne prend pas bien le sein. Une force de succion trop faible, peut engendrer le mauvais «vidage» des seins.



Traitements de la mastite

Favoriser la circulation du lait !

- **La chaleur et le massage** : (la chaleur s'attaque directement à la cause, c'est-à-dire la stase de lait. La chaleur améliore la circulation de lait, par opposition à l'application de froid qui traite les symptômes. **Donc** privilégier la chaleur!). Se plonger dans un bain chaud ou prendre plusieurs douches chaudes. Utilisez des compresses chaudes mouillées ou sèches entre les tétées ou appliquez une bouillotte. Combinez l'application de chaleur aux massages pour les endroits indurés. Ensuite, mettez l'enfant au sein ou utilisez le tire-lait. (il vaut mieux tirer le lait une fois à fond, que de stimuler plusieurs fois un petit peu. De cette façon, la réserve de fond est éliminée une bonne fois pour toute. Si nécessaire, recommencer le processus le jour suivant ou deux jours après).

Les manipulations et l'application de chaleur peuvent faire couler le lait et aider à ouvrir le canal lactifère touché.

- **Allaitez fréquemment le côté lésé** : au moins une fois toutes les deux heures. Respectez cette fréquence la nuit, tant que le sein est sensible et chaud au toucher. Mettez l'enfant d'abord du côté endolori. C'est important de respecter ce principe.
- **Défaire les habits trop serrants et particulièrement les sous-vêtements** : éviter le port de soutien-gorge pendant quelques jours ou en porter un qui ne sert pas.
- **Mettre l'enfant correctement au sein. Veillez à ce qu'il ouvre suffisamment la bouche pour englober une bonne partie du mamelon.**
- **Variez les positions d'allaitement** : Riordan et Auerbach préconisent au moins une fois pendant chaque tétée, de positionner l'enfant de manière à pointer le nez vers l'endroit bouché.
- **Du repos** : La mastite peut être le signe que l'on a trop fait. Couchez-vous en même temps que votre bébé et relevez-vous quand vous vous sentez reposée. Le repos est une pierre angulaire du traitement.
- Si la fièvre se maintient 24 heures après le début du traitement ou si la fièvre grimpe brusquement, avertir un médecin. Le médecin prescrira probablement un antibiotique.
- Si vous avez besoin d'un traitement médicamenteux, demandez à votre médecin de prescrire un traitement compatible avec l'allaitement maternel. L'ibuprofène et l'acétaminophène (Brufen® ou Dafalgan®) sont compatibles avec un allaitement maternel.
- Maintenir l'allaitement maternel en cas de mastite est bénéfique tant pour la mère que pour l'enfant.
- Une mastite peut procurer un goût salé au lait de la mère. Certains nouveau-nés refusent le sein dans ces cas-là. Une semaine après la guérison le lait perdra son goût salé et l'enfant tétera à nouveau des deux côtés.
- Un canal lactifère bouché peut être solutionné en tirant le lait.

- Après quelques jours de traitement si l'endroit durcit ou le ganglion ne diminue pas, la mère doit consulter son médecin traitant pour exclure d'autres causes possibles.

12.3 LES CREVASSES

Causes

- Les problèmes mammaires, sont provoqués par les endommagements mécaniques ou les lésions de la peau.
- Des exemples d'endommagements mécaniques : une mauvaise technique de mise au sein (chez la mère), une mauvaise technique de succion (chez le nourrisson), des mamelons ombiliqués, une congestion ou un frein trop court.
- Une mauvaise hygiène corporelle, une hypersensibilité à certains produits (pommades, crèmes, savons, textiles,...), ou une infection au muguet sont des exemples d'irritations de la peau.
- La cause principale des crevasses est la mauvaise position de l'enfant au sein. Il ne prend pas suffisamment l'aréole en bouche en ne tétera qu'au niveau du téton. Le téton dur et massé sera appuyé sur le palais, ce qui provoquera des lésions au niveau de la peau du mamelon.
- Les mamans ayant un type de peau sensible seront plus susceptibles de faire des crevasses.
- Les crevasses peuvent se surinfecter : restez attentif à respecter une hygiène correcte et à appliquer les soins nécessaires au niveau des mamelons.
- Une peau qui reste humide, chaude et moite sera plus propice à la formation de crevasses. Changez donc régulièrement vos compresses d'allaitement!

Signes

- D'un dommage mécanique
 - La douleur est présente **pendant** la tétée,
 - La plupart du temps, **pas sensible** au toucher,
 - Survient souvent dans une **courte période** succédant la **naissance**.
- Signes d'une irritation de la peau
 - Douleur présente **pendant** et **après** l'allaitement,
 - **Sensible** au toucher,
 - **L'aréole entière** est atteinte,
 - Survient souvent à un **moment aléatoire**, ne survient pas dans une période succédant directement après la naissance.
- **ATTENTION** : La différence entre un dommage mécanique et une irritation de la peau n'est pas toujours évidente!!! Une combinaison des deux origines peut également être la cause de problèmes mammaire!

Traitement

- On doit avant tout déterminer l'origine des crevasses ou des mamelons sensibles ou qui saignent. Ensuite on peut proposer des solutions, telles que
 - Une petite adaptation dans la position d'allaitement ou au niveau de la mise au sein,
 - Solutionner une mauvaise technique de succion,
 - Mettre en route le traitement en cas de muguet, eczéma, etc.,
 - Si la douleur est causée par une nouvelle grossesse, on peut y remédier en utilisant des techniques de respiration. On peut également avoir recours à diverses positions d'allaitement, demander à l'enfant de boire plus doucement et diminuer la durée de la tétée (pour les enfants plus âgés qui vont au sein). On peut également tirer le lait, mettre en route le flux de lait avant de mettre l'enfant au sein.
- Une fois la cause constatée, on peut mettre en place des mesures temporaires pour combattre la douleur pendant la cicatrisation du mamelon. Si l'enfant prend bien le sein, avec le mamelon suffisamment en arrière de la cavité buccale, ce dernier est protégé contre l'aggravation des lésions présentes. Les conseils suivants peuvent être utiles
 - Massez l'aréole pour stimuler le réflexe d'éjection manuellement avant la mise au sein. Commencez l'allaitement du côté le moins douloureux, changez de sein une fois le réflexe d'éjection engendré. Soyez d'autant plus attentive à un bon positionnement et une prise correcte au niveau du sein,
 - A la fin de la tétée, vous pouvez appliquer un peu de colostrum ou de lait au niveau du sein et le laisser sécher (pas en cas de muguet!),
 - Appliquez de la lanoline suffisamment purifiée sur le mamelon, afin qu'il ne se dessèche pas.
- Si la douleur au niveau des seins est telle que la mère ne supporte plus un soutien ou ses vêtements, elle peut utiliser des coquilles dans le soutien.
- Vous pouvez éventuellement avoir recours à des antalgiques compatibles avec l'allaitement maternel.
- Le fait de sécher les mamelons après la tétée (avec un sèche-cheveux, à l'air libre ou au soleil) ne contribue **pas** à la cicatrisation de crevasses mammaires. Des recherches scientifiques ont mis en évidence que si le taux d'hydratation profonde est maintenu, les lésions cicatrisent plus vite. Cette théorie prétend que l'hydratation interne empêcherait la formation de croûtes (= moist wound healing).
- Une hydratation profonde et interne **est différente** de l'humidité externe! (provoquée par des compresses d'allaitement humides) Pour conserver un taux d'hydratation profonde le sein doit être recouvert d'une barrière qui empêche l'évaporation. Cette barrière doit éviter la formation de crevasses et de petites

croûtes. Cette barrière peut être formée à l'aide de lanoline doublement purifiée, sous forme de «Lansinoh®» ou «Purelan®».

- Nombreuses crèmes et autres moyens vendus pour combattre les mamelons douloureux ne font qu'empirer le problème. Une trop grosse couche de crème ou de pommade rend le mamelon glissant et peut provoquer l'occlusion des pores au niveau du mamelon et l'aréole. Elle peut également provoquer l'occlusion des ganglions de Montgomery. Si la crème ou la pommade doit être ôtée avant de mettre l'enfant au sein, la friction peut provoquer davantage de lésions.
- Le lait maternel offre une alternative aux crèmes et pommades (propriété antiseptique).
- Des soutiens ou des compresses d'allaitement avec une doublure plastifiée ou à base de matière synthétique peut ralentir le processus de cicatrisation.
- L'utilisation d'une tétérèlle, embout flexible placé pendant l'allaitement sur le sein, provoque souvent davantage de problèmes qu'il n'en solutionne.
- L'interruption de l'allaitement maternel est rarement nécessaire!
- L'ingurgitation de sang provenant des mamelons endommagés est inoffensif pour le nourrisson! L'enfant peut ingurgiter un peu de sang en début de tétée, mais une fois que l'effet de vide est présent, la crevasse est rendue hermétique et le saignement est interrompu.
- Rassurez la maman. Les crevasses douloureuses peuvent réellement cicatriser. Elle et son enfant pourront encore profiter pendant des mois d'une relation d'allaitement.



13. L'UTILISATION DU TIRE-LAIT

13.1 CHOISIR UNE MÉTHODE POUR TIRER SON LAIT

- La méthode préconisée pour tirer son lait variera de mère en mère et selon la situation.
- Les circonstances et les préférences de la mère influencent le choix de la façon de tirer son lait.
- L'utilisation d'une pompe électrique permet de tirer son lait de façon automatique des deux côtés est une méthode rapide, facile et efficace. On préconise celle-ci lorsqu'une mise au sein est impossible (problème de santé chez la mère ou si la mère et l'enfant sont séparés pour une longue période).
- Le fait de tirer son lait est une aptitude qui doit être enseignée et particulièrement si on doit tirer son lait manuellement ou avec une pompe manuelle. Cette façon de tirer requiert une force normale et une bonne coordination.
- Certaines mères préfèrent tirer manuellement.



Le choix de la méthode

Des informations doivent être récoltées

- A quelle fréquence la mère veut-elle tirer ?
- La maman est-elle au courant des différentes méthodes proposées pour tirer son lait ?
- Le choix est très personnel, doit convenir aux nécessités et dépend du but escompté. (stimuler la production = tirer son lait de façon puissante ; sortir un soir = une puissance moins forte est requise).
- Le choix est à mettre en relation avec les impératifs de la mère
 - Efficacité
 - Confort
 - Coûts permis
 - Facilité d'accès
 - Manipulation aisée
 - Facilité d'entretien
 - Aspects souvent cités : quantité de lait obtenue, gain de temps, indolore

- Une recherche (auprès de 200 mamans) a démontré qu'une méthode de tire-lait devenait populaire quand
 - Elle fournissait un résultat rapide : limitation dans la durée,
 - La quantité obtenue par côté atteint les 60 ml ou plus,
 - La méthode était indolore.

Le choix du matériel utilisé pour tirer son lait

Le choix du matériel dépend de différents facteurs

a) Fonction de la situation professionnelle

- Questionnez le schéma de travail de la maman pour estimer la durée de séparation entre elle et son enfant.
- Limitez le temps nécessaire pour tirer son lait (double set de tire-lait, 10 à 15 min, prévenir les fuites).
- Environnement : être détendue et respecter l'intimité.
- S'il n'existe pas de prise de courant : expression manuelle (éventuellement les deux côtés simultanément), pompe fonctionnant à l'aide de batteries ou pompe manuelle.
- Quelle est l'espace mis à disposition ?
- Tire-lait qui fonctionne sur la batterie de la voiture et est branché à l'aide d'un câble à l'allume-cigare.
- Pour les personnes travaillant à plein-temps
 - Si l'enfant peut être amené auprès de sa mère : planifier chaque allaitement, ne pas dépasser des intervalles de plus de 4 heures,
 - En cas de travail à plein-temps et allaitement maternel exclusif : le choix d'un appareil efficace sera d'autant plus important.
- En cas de travail à temps partiel
 - Double set pour tire-lait : facile d'emploi et efficace,
 - Séparation de moins de 4h : allaitement maternel juste avant de partir ou juste après le retour (il n'est peut-être pas nécessaire de tirer),
 - Séparation d'une durée de 4 à 6h : tirer au moins une fois et allaiter plus fréquemment les journées où l'on est libre,
 - Séparation de plus de 6h : tirer son lait toutes les 2 à 3h pour conserver une sensation de confort et pour maintenir un niveau correct de production de lait.

b) Le niveau sonore

Certaines pompes sont insonores, d'autres produisent beaucoup de bruit. Déterminez si le niveau sonore est un critère important pour vous.

c) Le tire-lait doit être efficace

- Afin de
 - Activer la prolactine
 - Libérer de l'ocytocine
 - Obtenir du lait
- L'efficacité de l'appareil est en rapport avec
 - Le tire-lait aspire et relâche : 45 à 60 fois par minute. S'il aspire moins fréquemment : le sein sera moins stimulé, il y aura moins de lait extrait après un laps de temps plus long et la production sera diminuée après un certain temps,
 - Comment ce rythme est-il acquis : un rythme de succion et relâchage se déroule en trois phases : construction, maintien court, diminution.

d) La taille et le poids de l'appareil

Doit-on transporter l'appareil quotidiennement ou peut-on le laisser sur son lieu de travail ?

e) Méthode efficace et sans danger

Efficace au niveau de l'extraction de lait et adaptée au sein.

f) Confort

La pompe électrique et automatique pour tirer son lait est souvent plus confortable que le tire-lait manuel où la mère doit déterminer elle-même le rythme de succion et de relâchage.

g) Source d'énergie

- L'accès à une prise influencera le choix de la pompe pour la mère.
- Certaines grandes pompes automatiques demandent une prise de courant spéciale ou l'utilisation d'un adaptateur pour prise.

h) Prix

- Si une mère travaille à temps-plein ou si son enfant ne tète pas au sein, le choix d'un tire-lait électrique avec un double set de tire-lait, est plus efficace et rentable.
- Si une maman souhaite utiliser un tire-lait à base de batteries, elle ne doit pas oublier de prendre en compte le remplacement fréquent des piles dans son calcul de coût.

Influence du tire-lait sur les facteurs hormonaux**a) La prolactine**

- Le taux de prolactine reste élevé même après les premières semaines de postpartum. Ce taux est égal en cas de mise au sein et de stimulation mécanique (après 3 à 4 mois d'allaitement : les pics ne sont plus aussi élevés).

- Tirer au moins 8 x par 24h, de préférence une fois la nuit (les pics hormonaux sont les plus élevés la nuit).
- Prévenez une congestion douloureuse (une congestion douloureuse de plus de 48h, a un effet négatif sur la production). Il faut éviter une congestion trop douloureuse et trop longue pour prévenir l'involution des alvéoles (provoquée par l'augmentation de la pression et les peptides formés).
- Commencer l'allaitement de façon précoce : la stimulation mammaire et l'extraction de lait sont nécessaires pour garantir une quantité suffisante de lait à long terme pendant la durée de l'allaitement (théorie des récepteurs de prolactine ; cfr. Au début de cette brochure : «fonction hormonale mise en jeu pendant l'allaitement maternel»).
- Question d'offre et demande : plus il y a de demande, plus il y a de lait.
- Le tire-lait double est plus populaire que le tire-lait manuel,
 - Pics plus élevés de prolactine,
 - Légère augmentation du taux de graisses (si pas de limite dans la durée de succion).

b) L'ocytocine

- Augmente le niveau de pression au sein du tissu ganglionnaire et du réseau de canaux lactifères.
- Efficace pour empêcher le lâchage.
- Condition : que le réflexe d'éjection soit provoqué.
- Raccourcit les canaux lactifères sans engendrer leur contraction, donc augmentation de la pression intra-mammaire («constricting» à distinguer de «contracting»).
- Est la même que quand l'enfant va au sein.
- Evitez la douleur : bride en silicone ; vise une pression positive et un massage au-delà de l'aréole. Plus la coquille est mince, plus la pression sur le bout du mamelon est grande; une bride plus profonde et plus grande engendre une plus grande stimulation.

13.2 PRINCIPES DE BASE POUR TIRER SON LAIT

Attentes réalistes

- Il est nécessaire d'apprendre de quelle manière tirer son lait et utiliser les pompes. L'exercice est nécessaire. Les résultats s'améliorent au fur et à mesure de l'expérience.
- Il vaut mieux considérer les premiers essais comme exercices.
- La quantité de lait extraite par session est variable et dépend de différents facteurs

- On est à même d'engendrer le réflexe d'éjection,
 - Depuis combien de temps a-t-on allaité ou tiré son lait,
 - Combien d'expérience on a acquise en matière de tire-lait,
 - Le niveau de détente suscité par l'environnement dans lequel on tire son lait,
 - Le moment auquel on tire son lait,
 - Sa production de lait,
 - Si l'on est tendue (ce qui peut entraver le réflexe d'éjection).
- L'ingestion d'une quantité plus grande de liquide n'augmentera ni la production de lait ni le rendement au niveau du tire-lait. Il faut boire selon «ses besoins», c'est le meilleur conseil à prodiguer aux mères allaitantes. La constipation et des urines foncées et concentrées peuvent indiquer à la mère que son apport liquidien est insuffisant.
 - Le temps requis pour tirer son lait et allaiter est similaire. Tirez simultanément les deux côtés dure moins longtemps.
 - Aucune méthode de tire-lait ne sera aussi efficace qu'un bébé qui boit bien. La succion et le relâchage mécanique ne peuvent jamais exactement reproduire l'action synchronisée de la langue, de la mâchoire et du palais de l'enfant. Mais ce qui est plus important, est la réponse émotionnelle de la mère à son enfant. Cette réponse émotionnelle est un facteur essentiel qui intervient dans l'éjection du lait.

La stimulation du réflexe d'éjection

- Les problèmes qui surviennent quand on tire son lait sont souvent dus au mauvais fonctionnement du réflexe d'éjection. Une production trop faible de lait est rarement à mettre en cause.
- Suggestions pour stimuler le réflexe d'éjection chez la mère
 - **Créez ou recherchez un environnement agréable** : Les actions qui respectent une certaine routine et un environnement rassurant aident à la décontraction. Le réflexe d'éjection fonctionne mieux quand on est détendu,
 - **Limitez les distractions** : décrochez le téléphone. Mettez de la musique douce. Mettez tout ce dont vous avez besoin à proximité (un verre d'eau, une collation, de la lecture). Si la mère a des enfants plus âgés, elle peut préparer une collation pour eux, tenir une petite histoire à portée de main, ou allumer la télévision,
 - **Respectez un rituel quand vous tirez votre lait** : Réchauffez les seins (à l'aide de compresses chaudes, d'une douche chaude). Déposez une couverture ou un pull sur vos épaules ou asseyez-vous près d'une source de chaleur (la chaleur détend). Massez légèrement les seins, stimulez les mamelons en frottant doucement ou en les roulant d'avant en arrière. Détendez-vous pendant 5 minutes, effectuez des techniques de respiration ou restez simplement assise et pensez à quelque chose d'agréable. Si une maman est sur son lieu

de travail, elle peut par exemple téléphoner pour prendre des nouvelles de son enfant (bonne disposition pour tirer son lait),

- **Tirez en effectuant un mouvement rythmé qui imite la succion de l'enfant au sein** : une maman qui imite le rythme de l'enfant en tirant son lait, peut plus aisément générer le réflexe de succion,
 - **Pensez uniquement à votre enfant** : placez une photo à portée, un petit pyjama ou un petit châle,
 - **Tirez le lait à proximité du bébé ou en mettant l'enfant au sein** : faites boire votre enfant à un sein et tirez l'autre côté. Tirez votre lait à un endroit où vous pouvez voir votre enfant (en néonatalogie, à côté de l'incubateur), ou en faisant du peau-à-peau (position kangourou),
 - **Massez en tirant votre lait** : suscitez plusieurs fois le réflexe d'éjection. Interrompez le tire-lait après environ 10 minutes, massez les seins, secouez-les et continuez. (cfr le chapitre sur le tire-lait),
 - **Tirez plusieurs fois des deux côtés pendant une session.**
- Les émotions de la mère peuvent influencer le réflexe de succion, surtout en période d'apprentissage (sentiments: bizarre, inexpérimentée, déçue, dégoûtée, découragée). Tirez par conséquence quand vous êtes détendue et pas quand vous êtes pressée. Une inspiration et expiration profonde peuvent contribuer ou vous pouvez utiliser d'autres techniques de relaxation (Yoga,...).

Tirez manuellement

Si la maman souhaite conserver son lait pour son enfant, elle doit respecter une hygiène des mains avant l'expression. L'hygiène est très importante. Ci-dessous vous trouverez l'explication de deux techniques pour exprimer le lait manuellement.

a) La marmet® technique

- L'expression manuelle de lait comme l'utilisation de la pompe doivent s'apprendre. En exprimant le lait manuellement, la mère est sensée imiter au mieux le rythme d'un enfant au sein. Elle doit apprendre à stimuler le réflexe d'éjection manuellement en ne mettant pas l'enfant au sein.
- La technique consiste à alterner l'expression manuelle et le massage aréolaire, frotter et secouer. Cette technique peut être utilisée pour exprimer une petite quantité de lait (pour alléger des seins trop remplis) ou pour tirer une quantité de tétée entière.



- Application

1. Pour un sein on utilise les deux mains. Le pouce, l'index et le majeur sont placés à environs 2,5 à 4 cm derrière le mamelon.
 - Le pouce est placé au dessus du mamelon, les autres doigts en dessous, en forme de «C»,
 - Utilisez cette distance, qui ne correspond pas aux limites de l'aréole, comme fil conducteur. La dimension de l'aréole varie de femme à femme,
 - Les doigts reposent sur les canaux lactifères.
2. Le pouce, l'index et le majeur sont imprimés en direction de la poitrine.
 - Ne pas écarter les doigts,
 - En cas de seins volumineux, soulevez-les d'abord légèrement et appuyez seulement par la suite.
3. Le pouce, l'index et le majeur roulent vers l'avant, comme si on effectuait simultanément une empreinte digitale des trois doigts.
4. Répétez cette manipulation de façon rythmique pour vider tous les réservoirs.
 - Agissez dans la séquence suivante : placez les doigts, imprimez, roulez; placez les doigts, appuyez, roulez.
5. On masse le contour du sein à l'aide du pouce, de l'index et du majeur, afin d'exprimer tous les réservoirs. Pour chaque sein on utilise les deux mains.
 - Conseillez à la maman de ne pas faire des mouvements de pincements ou de glissements ou de tirer sur le tissu mammaire afin d'éviter tout atteinte au niveau du tissu mammaire,
 - Effectuez des massages, des frictions en alternance avec des secousses afin de stimuler le réflexe d'éjection.

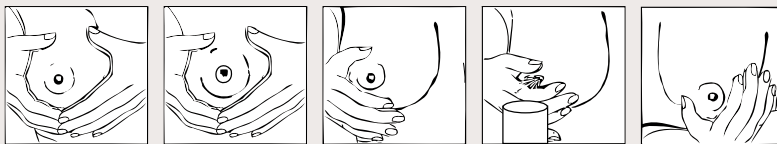
b) Masser le tissu ganglionnaire et les canaux lactifères.

- Application

1. Commencez le massage à la base du sein. Utilisez les deux mains pour un sein.
 - Appuyez fortement vers la cage thoracique. Bougez les doigts en effectuant des mouvements circulaires à un seul endroit,
 - Déplacez vos doigts après quelques secondes vers un autre emplacement au niveau du sein,

- Massez le sein dans son entièreté de cette façon, en effectuant une spirale et en direction de l'aréole. Il s'agit de mouvements analogues à ceux que l'on effectue pour l'examen palpatoire du sein.
- 2. Effectuez une friction légère au niveau du sein en commençant à la base du sein et vers le mamelon.
 - Traitez tout le pourtour du sein de cette façon. Cette action a un effet détendant et stimule le réflexe d'éjection.
- 3. Secouez les seins, d'un côté à l'autre.
 - La mère peut secouer légèrement les seins d'un côté à l'autre en se penchant en avant. La gravité stimule le réflexe d'éjection.
 - Si une maman veut tirer l'équivalent d'une tétée entière de façon manuelle, conseillez-lui de suivre la procédure suivante
 - Tirez le lait de chaque côté jusqu'à ce que le flux de lait diminue,
 - Stimulez l'apparition du réflexe d'éjection des deux côtés en massant, caressant et secouant,
 - Répétez le processus d'expression et de stimulation du réflexe d'éjection. Le flux de lait s'arrête souvent plus rapidement la deuxième ou la troisième fois, quand les réservoirs commencent à se vider.
 - Toute la procédure demande 20 ou 30 minutes
 - Tirez le lait de chaque sein pendant min 5 à 7 minutes,
 - Massez, caressez et secouez les seins,
 - Tirez le lait de chaque sein pendant 3-5 minutes,
 - Massez, caressez et secouez les seins,
 - Tirez le lait à chaque sein pendant 2-3 minutes.

c) La méthode traditionnelle



- L'expression manuelle du lait est utilisée dans de nombreuses sociétés. Cette technique est décrite dans les cours de gestion d'allaitement de l'UNICEF et de l'OMS (Helping mothers to breastfeed, de F. Savage King (1992).
- L'expression manuelle dure 20 à 30 minutes. Changez régulièrement de sein au fur et à mesure que le flux de lait diminue (chaque sein pendant 3 à 5 minutes et puis changez).
- Eveillez d'abord le réflexe d'éjection en massant doucement le mamelon et l'aréole.

- L'index et le pouce doivent être respectivement placés en-dessous et au-dessus de l'aréole.
- La mère appuie d'abord avec le doigt et le pouce vers la cage thoracique. Ensuite elle appuie de façon rythmique avec le doigt et le pouce derrière le mamelon pour stimuler le flux de lait.
- En tournant la main et en exerçant une pression identique sur les côtés de l'aréole, le lait peut être exprimé de toutes les différentes parties du sein.
- Si l'expression manuelle engendre des douleurs, il y a probablement une erreur, et on conseille à la maman de revoir sa technique.

Recommandations pour tirer son lait avec une pompe électrique

- Lisez attentivement le mode d'emploi et la notice d'entretien avant de commencer à tirer votre lait.
- Lavez les mains avant de commencer à tirer votre lait et contrôlez si la pompe et le moyen de conservation sont propres.
- La mère obtient les meilleurs résultats en suivant attentivement les indications du mode d'emploi de la pompe. Il faut que la maman applique bien le mamelon au milieu de la coquille (pas trop petit!) et qu'elle règle la force de succion au minimum.
- Le tire-lait ne peut pas provoquer de douleur. Si la maman ressent une douleur, elle doit arrêter le tire-lait et apporter les modifications nécessaires.
- La fréquence des sessions de tire-lait dépend du but recherché (tirer occasionnellement, stimuler la mise en route de la production, entretenir la production, aller travailler, ...)
- Durée des séances d'utilisation de tire-lait
 - A l'aide d'une pompe électrique, tirez un côté à la fois : demande 10 à 15 minutes par sein,
 - A l'aide d'une pompe manuelle : entre 10 et 20 minutes par côté,
 - Il faut compter 7 à 15 minutes pour tirer simultanément les deux côtés à l'aide d'un tire-lait électrique.
- Technique
 - Eveillez le réflexe d'éjection avant de commencer à tirer (cfr plus haut),
 - Utilisez la puissance nécessaire pour entretenir le flux de lait. Il faut également que ce soit confortable pour la mère,
 - Massez les seins en quadrant avant et pendant l'utilisation du tire-lait, pour augmenter la pression intra-mammaire,
 - Libérez suffisamment de temps pour tirer, ne le faites pas à la va-vite. Le stress engendre une diminution de production de lait,

- Adaptez la taille de la coquille du tire-lait à la taille de votre sein. Utilisez éventuellement des pièces intermédiaires,
- Evitez de longue période d'effet de vide ininterrompu,
- Arrêtez le tire-lait dès que le flux de lait est minimal ou s'interrompt.

13.3 MÉTHODES DE TIRE-LAIT EN FONCTION DES DIFFÉRENTES CIRCONSTANCES

L'allaitement maternel après l'accouchement est différé

a) Le nourrisson ne peut pas boire au sein (bébé malade, prématuré, santé de la mère)

- Commencez le plus rapidement possible à tirer votre lait, de préférence en-deans les 6 heures succédant l'accouchement.
- Après l'accouchement, la réelle production de lait peut prendre quelques jours pour se mettre en route. En attendant le colostrum est produit en toute petite quantité. Les premières séances de tire-lait sont surtout nécessaires pour stimuler la production de lait et pour acquérir la technique d'expression de lait.
- Il est important de préserver du temps dans la routine quotidienne pour tirer son lait afin de maintenir une production de lait (la production dépend de la fréquence et de la durée des sessions de tire-lait). Tirez fréquemment pendant une durée limitée (par contre respecter au moins une durée de 10 à 15 minutes par sein) stimule en général mieux la production de lait que de tirer moins mais plus longtemps. On préconise un minimum 5 à 6 séances par jour, chacune d'une durée de 10 à 15 minutes par sein. Certaines mères ont remarqué que si, au début, elles ne tirent que les quantités nécessaires à leur nouveau-né à l'hôpital (ce qui peut signifier des quantités infimes, surtout si l'enfant n'est pas nourri par voie orale directement) leur tissu mammaire involue. L'involution du tissu mammaire rend l'augmentation de production de lait difficile à long terme.
- Pour tirer le lait la nuit, il faut impérativement tenir compte des préférences et du confort de la mère.
- La mise en place d'un schéma de tire-lait quotidien peut aider à respecter une fréquence minimale de 5 à 6 fois (surtout quand on a d'autres enfants de qui on doit s'occuper). Le schéma est également fonction des besoins et de l'état du bébé.

b) Les trois premiers jours

- Idéalement, il faut commencer à tirer le plus vite possible après l'accouchement. On conseille de respecter un intervalle maximum de 6 heures après la naissance. Le fait de tirer tôt et fréquemment est directement proportionnel à la quantité de lait produite.



- Le but est de minimiser la congestion douloureuse et de mettre en route la production de lait.
- Tirer le lait à intervalles réguliers pendant la journée (toutes les trois heures) ; la nuit ce n'est pas nécessaire.

c) Le nouveau-né est âgé de trois à cinq jours et la production de lait augmente

- Quand une maman ne peut pas mettre son enfant au sein pour une durée de deux semaines minimum, il est essentiel qu'elle maintienne la production de lait en utilisant la pompe.
- Dès qu'elle produit davantage de lait, la mère peut tirer son lait au moins 5 fois par jour (de préférence en respectant des intervalles de trois heures). Tirer le lait pendant au moins dix à quinze minutes par sein (comptez à partir du début du flux de lait!) et la nuit en cas de sein trop rempli ou de sensation de désagrément pour la mère.
- Pour accroître la production de lait : plus souvent en journée et peut-être aussi la nuit.

d) L'enfant est nourri par voie intra-veineuse ou ne prend que de toutes petites quantités de lait maternel

e) Les besoins alimentaires du nourrisson augmentent quand l'enfant rentre endéans les deux semaines à la maison

- Si le retour de l'enfant à la maison est prévu rapidement, une production de lait large facilitera la transition à l'allaitement maternel.
- Essayez en journée de tirer votre lait au moins 7 ou 8 fois. La nuit il est conseillé de mettre le réveil au moins une fois. Il vaut mieux tirer le lait jusqu'à ce que le sein s'assouplisse, ce qui correspond généralement à 10 ou 15 minutes par sein.
- Le but est d'augmenter la production de lait afin qu'elle réponde aux besoins alimentaires de l'enfant.



f) Quand l'enfant commence à téter

- Quand l'enfant commence à téter, il va falloir adapter les heures auxquelles vous tirer. On peut diminuer la durée de l'utilisation du tire-lait en retirant le temps que l'enfant a bu activement au sein.
- Essayez de tirer au moins huit fois sur 24 heures.
- But : tirer assez longtemps pour assouplir les seins.
- Si l'enfant boit principalement au sein, le but est d'assurer un apport suffisant pour le nourrisson.
- Certaines mères qui tirent pendant une longue période, remarquent que leur production de lait régresse. Le fait de tirer davantage augmentera à nouveau la production.
- Il est normal que la production de lait de la maman diminue temporairement, quand elle traverse une période difficile.
- Il est conseillé de se renseigner au préalable auprès du personnel soignant de l'hôpital sur les habitudes de conservation de lait : sachets de conservation stérilisés, petits biberons parfois mis à disposition ; les biberons doivent être pourvus d'une étiquette avec le nom de l'enfant, la date et l'heure à laquelle le lait a été tiré.
- Si l'enfant reste à l'hôpital et que la maman rentre à la maison, elle doit faire en sorte que son lait soit amené à l'hôpital. C'est essentiel que le lait frais ne soit pas réchauffé. Pendant le transport, veillez à ce que le lait congelé ne dégèle pas. La mère peut l'emballer dans la glace ou le transporter dans un petit frigo.⁷

g) Si la maman n'est pas en état de mettre son enfant au sein

- Si après l'accouchement, la maman n'est pas en état de nourrir son enfant au sein, elle doit tirer son lait aussi souvent que ce qu'elle mettrait l'enfant au sein en temps normal (en cas de maladie grave, de médication temporaire, de situation médicale inhabituelle).
- But : mise en route d'une production de lait adéquate et transition facilitée vers un allaitement maternel.
- Pour éviter la confusion au niveau de la manière de téter : utilisez des méthodes alternatives et évitez les biberons.

h) La transition au sein

- Pour habituer l'enfant à l'odeur du lait maternel de sa maman, on peut poser une compresse d'allaitement, imbibée de quelques gouttes de lait près de lui. Ceci peut faciliter la transition à l'allaitement maternel.
- Les premières tétées requièrent du temps et de la patience. Pour faciliter les premières mises au sein, voici quelques conseils pratiques : isolez-vous (paravent, rideau), prévoyez un appui (fauteuil confortable, tenue aisée), ayez

7. Voir chapitre 13 : la conservation et la manipulation du lait maternel en toute sécurité.

des souhaits réalisables (lécher, jouer avec le mamelon, ne vous attendez pas encore à une réelle tétée).

- Il est essentiel de mettre correctement au sein et d'être attentive lors de l'accrochage pour garantir le succès de l'allaitement.
- Observez l'état de l'enfant. Engendrez le réflexe d'éjection, afin que l'enfant soit immédiatement récompensé lorsqu'il fournit un effort. Exprimez éventuellement quelques gouttes de lait (par massage manuel), mettez-le dans la bouche directement ou à l'aide d'une pipette ou d'une petite seringue.
- En accord avec les infirmières de néonatalogie, ne limitez pas la tétée à un nombre de minutes prescrites, mais soyez plutôt attentive aux signaux de votre enfant. Les signaux sont : arrêter de téter, s'endormir, avoir l'air rassasié, signes de fatigue ou de stress.
- Après les efforts fournis au sein, récompensez votre enfant avec du lait maternel à l'aide de méthodes alternatives.
- Pour vérifier si votre enfant a bien tété, il suffit de vérifier la sensation au niveau des seins après la tétée. On peut également s'assurer d'une bonne tétée en observant la manière de téter de l'enfant et le nombre de couches mouillées et la quantité de selles. On peut éventuellement effectuer une pesée avant et après la tétée à l'aide d'une balance électronique. La balance peut être utilisée jusqu'à ce que le jugement propre de la mère soit fiable.
- Pendant que le nourrisson effectue la transition vers les premières mises au sein, il vaut mieux éviter l'utilisation de biberon. L'utilisation de tétines peut engendrer une confusion au niveau de la manière de téter.
- Si l'enfant a été habitué aux biberons, l'apprentissage au sein peut requérir davantage de temps, d'exercice et de patience.
- Si l'enfant est agité : il vaut mieux le consoler avant d'entreprendre une nouvelle tentative.
- L'allaitement finira par devenir naturel.

i) L'allaitement maternel est interrompu

- Certaines mamans interrompent temporairement les mises au sein (utilisation de médicaments, hospitalisation, vacances ou voyage d'affaires). Parfois elles souhaitent maintenir l'allaitement par la suite.
- L'interruption temporaire d'un allaitement maternel engendre du stress, tant chez la mère que chez l'enfant. La maman ressentira des problèmes physiques et des tensions émotionnelles. L'enfant présentera plus ou moins des troubles alimentaires, il doit abandonner un lien intime avec sa mère. Il peut ressentir un stress émotionnel engendré par l'absence soudaine de sa mère.
- Tirez votre lait au même rythme que ce que l'enfant buvait au sein, afin de maintenir une production de lait équilibrée.

- Si vous abandonnez totalement ou presque totalement les mises au sein, il est nécessaire d'avoir une méthode efficace pour tirer le lait afin de se sentir bien dans sa peau et de conserver une production adéquate.
- La maman devra choisir une méthode alternative pour nourrir son enfant.
- Si pendant l'interruption de l'allaitement maternel, vous n'avez pas tiré votre lait à fréquence régulière, votre production peut être diminuée. Dans la plupart des cas, on peut restabiliser la production en mettant fréquemment l'enfant au sein.
- Après l'interruption de l'allaitement maternel, le nourrisson a parfois besoin d'encouragements pour reboire à nouveau au sein.

j) L'allaitement maternel est remplacé par le tire-lait

- Il y a plusieurs raisons pour que les mamans optent pour le tire-lait plutôt que les mises au sein
 - L'enfant ne voulait pas prendre le sein,
 - L'enfant ne pouvait pas prendre le sein en raison d'une malformation physique,
 - L'enfant refusait le sein après une longue interruption,
 - Après la première semaine de son séjour en néonatalogie l'enfant préférait le biberon au sein,
 - Les mamelons de la maman étaient douloureux mais pas lors de l'utilisation d'un tire-lait,
 - Le tire-lait et l'utilisation de biberons concordaient mieux au style de vie de la maman,
 - La maman ne se sentait pas à l'aise lors des mises au sein en public et lors des mises au sein en général.
- Les mamans qui tirent leur lait des deux côtés simultanément produisent plus de lait que celles qui tirent en passant d'un sein à l'autre.
- Les mamans disent que, pendant la première semaine, elles devaient tirer plus de 6 fois par jour pour obtenir des quantités suffisantes pour nourrir uniquement au lait maternel. Une fois la production de lait bien lancée, 4 à 6 séances de tire-lait suffisent.



- La quantité de lait obtenue par session est directement liée à l'intervalle entre deux séances.
- Tant que la maman utilise le tire-lait, elle continuera à produire du lait.
- Si une maman veut arrêter de tirer son lait, elle doit le faire progressivement pour éviter les inconforts et les problèmes. Il existe plusieurs possibilités
 - Eliminer une tétée par jour pendant quelques jours pour s'habituer. Eliminer ensuite une autre séance de tire-lait, ...
 - Diminuer progressivement les quantités de lait extraites par session (Ex. D'abord 210 ml, ensuite 180 ml, ensuite 150 ml, ...),
 - Laisser progressivement de plus en plus de temps entre deux utilisations de tire-lait. Ex. Une fois par 3-4 heures, une fois toute les 4-5 heures, etc.),
 - Le but est d'arrêter progressivement l'emploi du tire-lait avec le moins d'inconfort possible.

k) Séparations régulières de la mère et de l'enfant

- Une maman qui est très souvent séparée de son enfant peut continuer à allaiter (travail en dehors du domicile, les études, autres obligations en dehors du domicile).
- Elle doit planifier quand elle tire son lait, quand elle donne le sein et quel type d'alimentation donner à son enfant (lait maternel, lait artificiel) pendant les périodes d'absence.

l) Séparations occasionnelles

- La maman qui tire occasionnellement pour son enfant, peut tirer manuellement son lait. Elle peut également utiliser une pompe manuelle.
- Une maman qui allaite à la demande peut organiser des séances de tire-lait selon différents schémas
 - Tirer une fois son lait, par ex. le matin,
 - Tirer plusieurs fois par jour de petites quantités,
 - Tirer le lait d'un côté pendant que l'enfant tète de l'autre côté.
- Toujours expliquez aux baby-sitters comment manipuler le lait maternel et comment donner le biberon.
- On peut aussi emmener son enfant plutôt que de tirer son lait.

14. LA CONSERVATION ET LA MANIPULATION DE LAIT MATERNEL EN TOUTE SÉCURITÉ

14.1 COMBIEN DE TEMPS LE LAIT MATERNEL PEUT-IL ÊTRE CONSERVÉ ?

- On a mis en évidence des propriétés qui protègent le lait maternel d'une contamination bactérienne. On peut conserver le lait plus longtemps que ce qu'on croyait préalablement.
- Le temps de conservation du lait maternel varie, suivant les lieux et les méthodes de conservation.
- Les consignes suivantes sont d'application pour les mères qui
 - Ont un nourrisson sain et ont eu une grossesse menée à terme,
 - Conservent leur lait pour une utilisation à domicile (au lieu d'une utilisation au sein de l'institution hospitalière),
 - Respectent une hygiène des mains adéquate avant de tirer leur lait,
 - Conservent le lait maternel dans des biberons ou récipients lavés à l'eau minérale et rincer à l'eau bouillante.

	Température ambiante	Frigidaire (2-4°C)	Compartment de congélation au sein du frigidaire	***Congélateur (min. -15°C)	Congélateur (-20°C)	Transport de et vers l'hôpital
Colostrum	12-24 heures					
	Maximum 6 heures					
Lait maternel frais	6-10 heures	Maximum 8 jours à l'arrière du frigidaire	Pas approprié comme méthode de congélation	Congeler endéans les 24 heures, conservation pendant 3 mois	6 mois	Dans un fridgebox avec des éléments de refroidissement
	Maximum 6 heures	Maximum 48 heures	Idem	Idem	Idem	Idem
Lait maternel congelé		décongeler	2 semaines	3 mois	6 mois	Dans un fridgebox avec des éléments de refroidissement
Lait maternel dégelé	A utiliser rapidement	24 heures				
Lait maternel réchauffé	A utiliser endéans l'heure					

- Consignes au sein du milieu hospitalier
- Consignes pour une situation à domicile
- Si vous conservez le lait maternel au frigo ne pas le placer dans la porte du frigidaire, où il y a des variations importantes de température. Il vaut mieux le placer au milieu du réfrigérateur ou derrière, où la température est plus constante.

- Tout lait conservé, doit être pourvu d'une étiquette mentionnant la date et l'heure. Il est conseillé d'utiliser le lait en commençant par le lait le plus ancien. Si le lait est utilisé à la crèche, il est préférable de mentionner également le nom de famille et le prénom de l'enfant sur l'étiquette.
- Il est préférable d'administrer des compléments de vitamines C aux nouveau-nés nourris uniquement au sein.
- Quand l'enfant est malade ou prématuré, d'autres consignes sont parfois conseillées pour conserver le lait maternel.

14.2 LE CHOIX ET LA MÉTHODE UTILISÉE POUR CONSERVER LE LAIT MATERNEL

- Les biberons, les récipients et autres moyens utilisés pour conserver le lait maternel sont à base de verre, plastique ou acier inoxydable. Si l'enfant boit directement au sein la plupart du temps et ne reçoit du lait tiré qu'une fois de temps à autre, le moyen de conservation est de moindre importance. Les méthodes de conservation sont plus importantes quand l'enfant reçoit la plupart de ses repas sous forme de lait tiré.
- Les résultats des recherches sur les avantages et désavantages de certains matériaux utilisés dans les bouteilles et autres récipients sont contradictoires. Le temps de conservation est aussi un élément qui entre en ligne de compte.
- Tous les moyens utilisés pour conserver le lait doivent être propres.
- Pour nettoyer les récipients à parois dures, utiliser de l'eau de Seltz bouillante, rincer bien et laisser sécher à l'air libre.

Des sachets de conservation pour lait maternel en plastique

- Avantages
 - Réduction de l'espace de stockage par rapport aux bouteilles,
 - Peuvent être directement rattachés au tire-lait,
 - Permet de gagner du temps. On ne doit pas transvaser le lait dans des récipients. On obtient par ailleurs un gain de temps en diminuant la vaisselle après l'utilisation du tire-lait.
- Désavantages
 - Plus de risques de fuites,
 - Moins hermétiques,
 - Plus de risques de contamination.
- Précautions à observer
 - Utilisez des sachets destinés à la conservation de lait maternel (ils sont stérilisés et ont une épaisseur plus importante). Utilisez des doubles sachets,
 - Extrayez le lait par l'ouverture supérieure,
 - Roulez le sachet jusqu'à environ 2,5 cm au-dessus du niveau de lait,

- Pliez le sachet et collez-le pour le fermer,
- Placez le sachet plié et collé à la verticale dans une boîte à couvercle. Fermez le couvercle de la boîte avant de placer le récipient dans le congélateur.

Le verre

- Le verre constitue le premier choix en méthode de conservation.
- Avantages
 - Bord extérieur en matière solide,
 - Le verre offre le plus de protection car il est le moins poreux,
 - Meilleure protection pour le lait congelé.
- Précautions
 - Seulement mettre le bouchon sur la bouteille une fois que le lait est complètement congelé, afin que l'air puisse s'échapper.

Plastic dur, opaque (polypropylène)

- Est le deuxième choix.
- Précautions : idem que celles pour le verre.

14.3 MANIPULER ET DÉCONGELER LE LAIT MATERNEL

Manipuler le lait maternel

- Le lait maternel va se cailler car il n'est pas homogénéisé. Il peut avoir une apparence bleutée, jaunâtre ou brunâtre.
- Le lait tiré endéans les 24 heures peut être directement rajouté au même récipient de conservation du précédent. Il doit être conservé à une température située entre 0 et 15°C. Les recommandations pour la conservation seront basées sur la date et l'heure à laquelle le premier lait est tiré.
- Le lait maternel fraîchement tiré peut être rajouté au lait congelé, à condition que le lait fraîchement tiré soit raffraîchi pendant une demi-heure au préalable (afin de ne pas dégeler la couche supérieure du lait maternel). Il faut également veillez à ce que la quantité de lait tirée soit inférieure à la quantité de lait congelée.

La décongélation du lait maternel

- La décongélation peut se faire de différentes façons
 - Dans le frigidaire,
 - Sous l'eau courante, dont la température est réchauffée progressivement (pas trop chaud!). D'abord mettre le moyen de conservation sous l'eau

courante froide et rajouter progressivement de l'eau chaude jusqu'à ce que le lait obtienne la température ambiante

- «Au-bain-marie»: dans l'eau chaude, pas dans l'eau bouillante!
- Ou dans un chauffe-biberons si le lait est utilisé rapidement,
- Jamais au micro-ondes: les éléments précieux du lait sont détruits quand ils atteignent une température supérieure à 55°C.
- Le lait congelé, une fois dégelé doit être conservé au frais (pendant maximum 24 heures). Le lait décongelé ne peut pas être recongelé.
- Conservez le lait congelé en portions de 60-120 ml pour éviter de le gaspiller.
- Le nourrisson a besoin de quantité moindre de lait maternel que de lait artificiel.
- Si le lait maternel est conservé ou utilisé sur le lieu de travail ou dans une crèche, il peut être conservé dans un frigidaire normal. Il n'y a pas de précautions spéciales requises.

Réchauffer le lait maternel

Le réchauffement du lait maternel reste une affaire délicate. Les recherches scientifiques ont mis en évidence que le taux de bactéries augmente sensiblement au moment du réchauffement du lait. L'intervalle pendant lequel le lait maternel est réchauffé, doit donc être limité. On pourrait donc croire que le micro-onde offre la solution idéale. Bien au contraire, les ondes fournies par le micro-ondes ont un effet négatif sur la qualité du lait maternel et diminue l'action protectrice du lait maternel de façon drastique. Nous pouvons conclure qu'il vaut mieux réchauffer le lait maternel par l'une des méthodes suivantes :

- Dans un chauffe-biberons
- Sous l'eau chaude courante
- Au «bain marie»
- A température ambiante

Chacune de ces méthodes doit être limitée à 15 à 20 minutes pour éviter l'augmentation du taux de bactéries. Si on observe ces consignes, on peut être assurée que le lait maternel contient davantage de valeur nutritive que l'alimentation artificielle.

15. LES PLEURS DE BÉBÉ

- Les pleurs de bébés provoquent souvent l'inquiétude des parents.
- Ils attribuent souvent les pleurs de bébés à la faim. Mais il existe d'autres causes aux pleurs.
- Les pleurs sont le seul moyen de communication pour un enfant. Le bébé utilise les pleurs pour dire qu'il ne se sent pas bien.
- Vous apprendrez à distinguer les différents motifs de pleurs : la faim, les coliques, s'il doit aller à selles, quand il est fatigué, s'il est surexcité, besoin d'un câlin, s'il a besoin de faire son renvoi, quand il a trop mangé.
- Une des raisons les plus fréquentes aux pleurs sont les coliques ou crampes abdominales. Elles peuvent survenir lorsque l'enfant avale trop d'air en tétant, si on ne lui laisse pas faire son renvoi, quand l'enfant est trop goulé. Il peut aussi avoir des coliques quand il boit trop, quand il doit aller à selles ou quand il est allergique. L'observation méticuleuse est de rigueur dans ce cas. Un enfant atteint de coliques présente souvent un mode de pleurs intense. Il est furieux, pédale avec les jambes, a les poings fermés ...
- En cas de coliques, vous pouvez commencer par mettre le bébé en position redressée pour lui faire faire son renvoi. Un léger massage du dos et du ventre ou un petit bain chaud peuvent soulager les crampes. Tout ce qui est à base de chaleur, pression légère ou massage peut avoir un effet calmant.
- Exemples
 - Mettre l'enfant avec son petit ventre sur votre épaule, et les petits bras pendant par dessus l'épaule et masser le bas de son petit dos,
 - Placez le bébé avec son petit ventre au-dessus de vos cuisses et masser le bas de son petit dos,
 - Chauffer un petit coussin avec des noyaux de cerises afin qu'il soit tiède et l'appliquez sur le ventre du bébé et lui masser le bas du dos simultanément,
 - Placer l'enfant sur le dos et masser son petit ventre dans le sens des aiguilles d'une montre. On peut utiliser l'entièreté de la main, mais on peut aussi faire de petits mouvements circulaires avec les doigts (dans le sens des aiguilles d'une montre),
 - Donnez un bain tiède à l'enfant et masser son ventre simultanément.
- Les coliques peuvent durer en moyenne une heure à une heure et demie.
- Si les pleurs persistent ou que vous désespérez, n'hésitez pas à demander de l'aide.

16. LA RÉDUCTION PROGRESSIVE OU L'ARRÊT DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

- La décision du moment idéal pour arrêter l'allaitement maternel peut être décidé par la maman ou laisser à l'enfant.
- Lignes de conduite conseillées par l'OMS
 - Pendant les premiers six mois de vie, on conseille un allaitement maternel exclusif. L'enfant recevra tous les nutriments nécessaires par le lait maternel,
 - A partir de six mois, on peut commencer à rajouter des compléments d'aliments solides (panade de fruits et de légumes). Les compléments d'alimentation peuvent être donnés après la mise au sein,
 - A partir d'un an, il est conseillé de mettre au sein après l'alimentation solide,
 - L'allaitement maternel est conseillé jusqu'à l'âge de deux ans à cause de son activité immunologique. Jusqu'à l'âge de deux ans, le système immunitaire ne fonctionne pas complètement (Le système immunitaire d'un enfant est efficace à partir de 6-7 ans).
- Si vous voulez interrompre l'allaitement maternel, faites-le de manière progressive et prévoyez suffisamment de temps. L'arrêt trop soudain de l'allaitement maternel, engendrera une congestion énorme avec les conséquences qui s'en suivent.
- Commencez à remplacer une fois par jour l'allaitement maternel par l'allaitement artificiel et ce le midi ou l'après-midi. Laissez le temps à votre corps de s'habituer.
- Après un ou deux jours vous pourrez à nouveau remplacer une mise sein par une alimentation solide ou une alimentation artificielle et ainsi de suite.
- Vous obtenez ainsi une alimentation maternelle – une alimentation artificielle ou une alimentation solide – une mise au sein – une alimentation artificielle ou une alimentation solide, etc. Réduisez progressivement jusqu'à l'obtention de trois mises au sein par jour.
- Si vous désirez continuer l'allaitement maternel en reprenant votre activité professionnelle, vous pouvez essayer de mettre votre enfant directement au sein le matin et/ou le soir. Certaines mamans continuent de cette façon, pendant un petit temps.
- Dans le cas contraire réduisez progressivement jusqu'à l'obtention de deux mises au sein et ensuite une seule mise au sein, pour finalement arrêter complètement.
- Le processus entier peut prendre 14 jours ou plus.

- Si malgré le fait que vous avez arrêté complètement les mises au sein, vous souffrez d'une production importante de lait, consultez le médecin. Ce dernier vous prescrira un médicament qui inhibera la production de prolactine. Vous pouvez également boire quelques tasses (2 à 3 tasses) de thé de sauge pendant quelques jours.



17. LES GROUPES MATERNELS ET AUTRES RÉSEAUX DE SOUTIEN ET LEUR FONCTION

Si à la maison, vous aviez besoin d'informations supplémentaires concernant l'allaitement maternel, vous pouvez vous adresser aux groupes de soutien de mères. Vous trouverez chez eux les informations adéquates et correctes concernant l'allaitement maternel.

17.1 LA LECHE LEAGUE

a) Définition

- Une organisation internationale créée en 1956.
- Procure des informations et du soutien à la maman qui veut allaiter son bébé.
- Fonctionne à travers un réseau mondial. Environ 10 000 adeptes de la Leche League, y travaillent bénévolement.
- LLL international est une ONG rattachée à l'Organisation Mondiale de la Santé et à l'Unicef. La Leche League est soutenue par un collège d'avis médical international.

b) Fonctionnement

- De mère à mère
 - Mères allaitantes expérimentées,
 - Entraînement supplémentaire,
 - Enseignement continu.
- Réunions d'allaitement maternel
 - Mensuelles,
 - Pour futures mères et mères qui allaitent déjà leur bébé, pères et autres intéressés.
- Soins de santé
 - Cours et lectures pour les écoles et les soignants,
 - Feuille trimestrielle contenant des informations médicales et scientifiques : «Breastfeeding Abstracts»;
- Publications
 - Brochures,
 - Manuel traduit en une dizaine de langues,
 - Magazine «L'allaitement aujourd'hui».

- Assistance téléphonique
 - LLL-francophone : 02/268.85.80,
 - LLL-néerlandophone : 015/55.79.43,
 - LLL-anglophone : par le site web.
- Site Web
 - [http://users.pandora.be/la leche league/](http://users.pandora.be/la_leche_league/)
 - En quatre langues : Français, Néerlandais, Anglais et Allemand.

17.2 ASBL ALLAITEMENT MATERNEL

a) Définition

- Une association de femmes qui s'investissent pour faire de la période de l'allaitement maternel un succès.
- Personnes de contact (mères) ayant une grande expérience de l'allaitement maternel et une formation complémentaire dans l'association.

b) Fonctionnement

- Service d'aide au téléphone.
- Groupes maternels
 - Réunions mensuelles d'information,
 - Pour femmes enceintes, (nouvelles) accouchées, mamans allaitantes et leurs conjoints.
- Lectures et conférences
 - Destinées à d'autres associations, aux écoles, ...
 - Destinées aux médecins, sage-femmes, enseignants, infirmières, ...
- Listes de matériaux : fascicules, livres concernant l'allaitement maternel.
- Magazine
 - «L'enfant allaité»,
 - Parution tous les trois mois,
 - Destiné aux parents et autres intéressés.
- Protection, amélioration et soutien de l'allaitement maternel. Inciter les gens à avoir une alimentation saine : membre de l'IBFAN.
- www.allaitementmaternel.be

17.3 INFOR-ALLAITEMENT

a) Définition

- Promotion et soutien de l'allaitement maternel.
- Destiné aux (futurs) parents, aux mamans qui allaitent et au personnel soignant.
- Femmes bénévoles ayant une large expérience concernant l'allaitement maternel. Ces bénévoles ont une formation spécifique.

b) Fonctionnement

- Service téléphonique: 02/242.99.33.
- Animation.
- Formation de bénévoles, professionnels, ...
- Média.
- Distribution d'une brochure gratuite Infor-Allaitement : «Vous souhaitez allaiter, vous allaitez déjà ...». Cette brochure a été créée avec la collaboration de la Communauté Française de Belgique.
- Mise à disposition de brochures et manuels de référence
 - Possède une gamme très large de brochures, livres, ... pour tout public,
 - Une large gamme de manuels, ... pour professionnels.
- Soutienne la semaine internationale de l'allaitement maternel
 - A lieu la 40^e semaine de l'année: du 1^{er} au 7 octobre,
 - Organisé par la WABA et soutenu par l'UNICEF.
- Soutenu par le Comité Fédéral de l'allaitement maternel.
- www.infor-allaitement.be

17.4 BCT (BRUSSELS CHILDBIRTH TRUST)

a) Définition

- Une association indépendante sans but lucratif (ASBL).
- Destinée aux parents de jeunes enfants.
- S'adresse principalement aux anglophones, mais accueille les personnes de toutes nationalités et de tous pays.
- Fournit une aide et un soutien aux parents pendant la grossesse, l'accouchement et tout au long de la parentalité.
- Procure des informations, de l'aide pratique et crée des liens d'amitiés.

b) Fonctionnement

- Cours prénataux pour couples concernant tous les aspects de la grossesse et l'accouchement.
- Conseils concernant l'allaitement maternel : par des bénévoles formés, joignables par téléphone.
- Procure des informations concernant les médecins et les hôpitaux.
- Incite à rencontrer d'autres personnes : par des activités sociales.

c) Où ?

- BCT IMAGINE, Chaussée de Malines 77, 1970 Wezembeek-Oppem.
- Numéro de téléphone : 02/215.33.77.
- www.bctbelgium.com.
- Brochures disponibles à la maternité.

18. SITES WEB SUR L'ALLAITEMENT MATERNEL

- www.allaitementmaternel.be
- www.infor-allaitement.be
- www.babyboom.be
- www.123boutchou.com
- www.santeallaitementmaternel.com
- www.lilfrance.org
- www.allaite.org
- www.breastfeeding.com
- www.breastfeedingonline.com

Sources utilisées pour la rédaction de cette brochure

- «Breastfeeding and Human Lactation», Third Edition, Jan Riordan.
- Cours de lactologie, Arteveldehogeschool Gand, 2004-2005 :
 - Gonneke van Veldhuizen, Lactologue IBCLC, enseignante Arteveldehogeschool Gand.
 - Karin de Graaf, Lactologue IBCLC, enseignante Arteveldehogeschool Gand.
- Manuel de référence Lactatiebegeleiding, La Leche League, 2002.
- Dictionnaire médical, Pinkhof-Hilfman, 9^e édition.
- Protection, promotion et encouragement de l'allaitement maternel et le rôle particulier des politiques de santé, Déclaration d'Innocenti UNICEF/OMS, juillet 1990.
- Code international de commercialisation des substituts de lait maternel, OMS, Genève, 1981.
- «Medications and Mothers'milk», Thomas Hale.
- Evidence for the ten steps to successful breastfeeding, WHO.
- Tous les sites Web cités ci-dessus (cfr. chapitre 18).

NOTES

QUI SOMMES NOUS ?

Les Cliniques de l'Europe sont une entité performante de 716 lits nées de la fusion des Cliniques Ste-Elisabeth à Uccle, 2 Alice à Uccle et Europe St-Michel à Etterbeek.

La **qualité** de l'**équipement médical** de pointe permet un diagnostic et des thérapies rapides et optimales. La mise au point du traitement le plus approprié, **adapté aux besoins personnels** de chaque patient, est réalisée grâce au savoir faire des équipes multidisciplinaires et à une gamme complète de services médico-techniques.



CLINIKES DE L'EUROPE
EUROPA ZIEKENHUIZEN

**EFFICACITÉ
COMPÉTENCE
ACCUEIL PERSONNALISÉ
CONFORT**

TELS SONT NOS ENGAGEMENTS

SITE STE-ELISABETH

avenue De Fré, 206 - 1180 Bruxelles
Tél. : 02-614 20 00

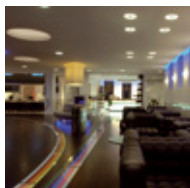
Urgences 24h/24
Tél. : 02-614 29 00



SITE ST-MICHEL

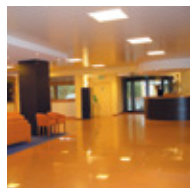
rue de Linthout, 150 - 1040 Bruxelles
Tél. : 02-614 30 00

Urgences 24h/24
Tél. : 02-614 39 00



SITE 2 ALICE

rue Groeselenberg, 57 - 1180 Bruxelles
Tél. : 02-373 45 11





A toujours garder à l'esprit

1. Toute femme enceinte doit être informée des avantages et de la pratique de l'allaitement maternel.
2. Entreprendre une tentative d'allaitement chez les mères désirant allaiter, endéans l'heure après la naissance de leur enfant.
3. Expliquer aux mamans comment mettre l'enfant au sein et comment maintenir la production de lait, même en cas de séparation de la mère et de l'enfant.
4. Les nouveau-nés ne doivent pas recevoir d'autres nutrition que l'allaitement maternel. Il n'est pas indiqué de donner des liquides supplémentaires, si ce n'est sur avis médical.
5. La mère et l'enfant peuvent rester dans la même chambre jour et nuit (rooming-in).
6. Eviter de donner une tétine à un enfant allaité.



CLINIKES DE L'EUROPE
EUROPA ZIEKENHUIZEN

www.cliniquesdeleurope.be

SITE STE-ELISABETH

SITE ST-MICHEL



CLINIQUES DE L'EUROPE
EUROPA ZIEKENHUIZEN

www.cliniquesdeleurope.be

SITE STE-ELISABETH

avenue De Fré, 206 - 1180 Bruxelles
Tél. : 02-614 20 00

Urgences 24h/24
Tél. : 02-614 29 00



SITE ST-MICHEL

rue de Linthout, 150 - 1040 Bruxelles
Tél. : 02-614 30 00

Urgences 24h/24
Tél. : 02-614 39 00

